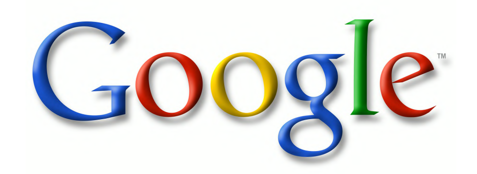
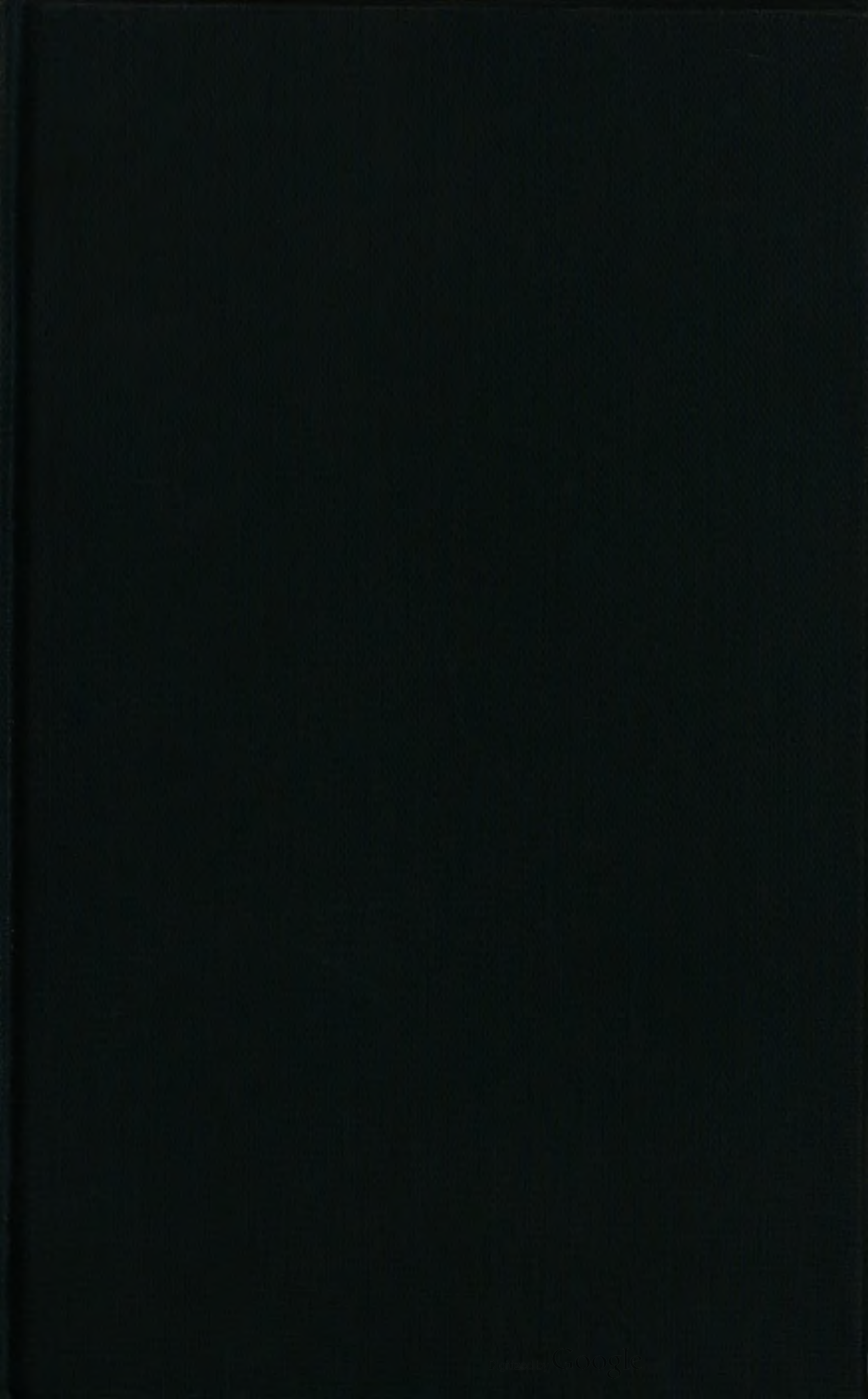








UNIVERSITY OF MINNESOTA
OMNIBUS ARTIBUS
COMMUNE VINCULUM



Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Einundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1905.)

Berlin, 1905.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

Die rhino-laryngologische Literatur des Jahres 1903 1
Zum hundertsten Geburtstage Manuel Garcia's 91
Zur Feier des hundertjährigen Geburtstages Manuel Garcia's 149
Internationale laryngologische Zusammenkünfte . . . . 237, 279, 411.
Die Zukunft der Laryngologie. Rede, gehalten in der ersten Sitzung der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft von B. Fränkel 275

II. Referate.

Ss. 2—29, 47—71, 99—131, 156—183, 199—222, 245—268, 285—309, 331—357, 369—400, 421—450, 469—493, 515—533.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

Carl Zarniko, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums. Berlin 1905. Besprochen von A. Kuttner 270
Chiari, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Besprochen von A. Kuttner 357
Heryng, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. Besprochen von A. Kuttner 493
Onodi, Die Nebenhöhlen der Nase. Besprochen von P. Heymann . 533

b) Monographien und grössere Aufsätze:

Bouchard, Traité de Radiologie médicale. Besprochen von John Macintyre 222
Jankau, Taschenbuch für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte. IX. Auflage. Besprochen von Seifert 269
Starck, Die directe Besichtigung der Speiseröhre. Oesophagoskopie. Besprochen von A. Kuttner 494
Huberts de Witt, Methodisches Kommandiren. Besprochen von A. Kuttner 495

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

Londoner Laryngologische Gesellschaft. Bericht von E. B. Waggett 34, 189, 228, 358, 495
Berliner laryngologische Gesellschaft. Bericht von A. Rosenberg 40, 132, 194, 270, 400, 541
Gesellschaft für Laryngologie und Otologie in Paris. Bericht von Cartaz . 86
Verein süddeutscher Laryngologen. Bericht von Blumenfeld . . . 71, 451
American Laryngological Association. Bericht von Emil Mayer 134
British Laryngological, Rhinological and Otological Association. Bericht von Waggett 189, 465

Seite
Wiener laryngologische Gesellschaft. Bericht von Chiari-Hanszel 29, 320, 538
Gesellschaft ungar. Ohren- und Kehlkopfärzte. Ber. von v. Navratil 30, 184, 321
Dänischer oto-laryngologischer Verein. Bericht von Jörgen Möller 43, 183, 536
Belgische oto-laryngologische Gesellschaft Bericht von Bayer 75, 498
Société française d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie. Bericht von Trivas 224
72. Jahresversammlung der British Medical Association. Bericht von Jobson Horne 309
Jahresversammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Bericht von Burger 404. 534
Petersburger Verein der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfärzte. Bericht von Hellat 406
VIII. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie. Bericht von Finder 458
Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. Bericht von Moses . . 512

V. Nekrologe.

A. A. Guillaume Guye 90
Johann von Mikulicz-Radecki 326
Philipp Schech 327

VI. Briefkasten.

Personalnachrichten 44, 195, 233, 368, 410 544
Garcia-Jubiläum 44, 88, 148
Internationaler medicinischer Congress zu Lissabon 44. 89, 195, 233
Jubiläum der Revue Hebdomadaire de Laryngologie 90
Société française d'Otologie et de Laryngologie 195
Deutsche laryngologische Gesellschaft 234, 274, 324
Verein süddeutscher Laryngologen 235, 272
Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie 235
American Laryngological Association 236
77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran . . . 272, 367
Internationale laryngologische Zusammenkünfte 324, 367, 514
IX. Congrsss der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie 410
Internationale Preisausschreibung der American Laryngo-Rhino-Otological Association 468

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Januar. 1905. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1903.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	48	171	84	40	72	25	8	448
Deutschland	50	108	48	8	65	12	10	301
Grossbritannien und Colonien	15	78	45	5	82	2	13	240
Frankreich	20	50	47	17	36	13	10	193
Oesterreich-Ungarn	14	66	24	7	57	6	10	184
Belgien und Holland . . .	8	36	18	12	25	2	2	103
Italien	10	39	17	4	22	—	—	92
Spanien	5	4	11	—	18	—	3	41
Russland	9	4	8	4	8	1	4	38
Skandinavien	4	10	3	3	9	—	3	32
Polen	1	9	4	4	13	—	3	34
Schweiz	2	2	1	2	2	1	2	12
Zusammen	186	577	310	106	409	62	68	1718

Die Einzelheiten obiger statistischer Zusammenstellung entsprechen in ganz auffallender Weise denen des Vorjahres und die Gesammtzahl der besprochenen Arbeiten ist fast genau die gleiche: 1717 im Jahre 1902, 1718 im Jahre 1903.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **Spira. Bericht über die Thätigkeit des rhino-otriatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau vom 1. Januar bis 31. December 1903.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1904.*

Mit Uebergehung des statistischen Theiles kann hier nur über einzelne interessante Fälle berichtet werden. Bei einem 23jährigen Mädchen kam es 10 Tage nach der Conchotomie zu solch starker Blutung, dass die Belloc'sche Tamponade gemacht werden musste, sie hatte aber eine Otitis media zur Folge. — Eine hartnäckige Epistaxis bei einem 19jährigen Kellner am Locus Kiesselbachii konnte nur nach Application 50proc. Chlorzinklösung gestillt werden. Günstige Erfolge berichtet Spira über das Adrenalin.

SCHECH.

2) **Strubell. Statistik und Erfahrungen des Jahres 1903.** *Mon. f. Ohrenheilkunde. No. 4. 1904.*

Derselben liegt das Material der Dresdener Staatspoliklinik zu Grunde; es umfasst 334 Patienten, wobei die Weiber überwiegen. Selten ist in Dresden die Ozaena, was Verf. mit dem geringen Staube und Russ in Verbindung bringen möchte; auch Nebenhöhlenerkrankungen sind selten. Ein schwerer Missstand der Dresdener Poliklinik ist der gänzliche Mangel an Betten, was nebenbei bemerkt auch an der staatlichen Poliklinik des Ref. der Fall ist, weshalb grössere Operationen an der Poliklinik nicht ausgeführt werden können.

Mit Yohimbin erzielte Strubell bei kleineren Operationen genügende Anästhesie. Gute Erfolge bei Nasenaffectionen wurden mit Euguform erzielt.

SCHECH.

3) **Fieber** (Ischl). **Erfahrungen mit Bulling's Inhalationsapparaten.** *Wien. med. Wochenschr. No. 30. 1904.*

Zur Inhalation wurden die ätherischen Coniferenöle im Verhältniss von ca. 30 Tropfen auf je 0,75 l Flüssigkeit, ferner 1—2 proc. Jodnatrium, Tannin und Creosotlösungen, sowie Soole verwendet und damit gute Erfolge bei chronischen Katarrhen der oberen Luftwege erzielt.

CHIARI.

4) **v. Seiller** (Wien). **Zur Inhalationstherapie.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 43. 1904.*

Bei acuter und chronischer Bronchitis, insbesondere der sicca, bei Bronchialasthma und acuter Laryngitis konnte der Autor durch medicamentöse Inhalationen mit dem Thermovariator Bulling's sehr gute Erfolge erzielen, sodass eine interne Medication entbehrlich wurde. Jod konnte bis über zwei Stunden nach erfolgter Inhalation im geballten Sputum nachgewiesen werden, wobei Mund- und Rachenhöhle vorher durch Spülungen vom Jod befreit war.

CHIARI-HANSZEL.

5) **Ivan Toluiewski** (London). **Die Anwendung überhitztor Luft und fein vertheilten comprimirten Dampfes bei der Behandlung von Krankheiten des Respirationstracts. (The use of superheated air and comminuted compressod vapor in the treatment of affections of the respiratory tract.)** *Monographie. London 1904.*

Verf. beschäftigt sich seit einigen Jahren mit den in verschiedenen Ländern üblichen Behandlungsmethoden der Lungentuberculose. Er hat gefunden, dass die üblichen Methoden, wie Freiluftbehandlung etc. in ihrer Wirkung gesteigert werden können durch die Anwendung fein vertheilter antiseptischer Dämpfe, und er hat einen Apparat für diesen Zweck angegeben, den er detaillirt beschreibt. Er hat desgleichen Untersuchungen über den Wert der überhitzten Luft für ähnliche Zwecke angestellt und hat einen auf electrischem Wege heizbaren Apparat construirt, mittels dessen die Anwendung der Inhalation zu reguliren ist, dessen Resultate aber noch unvollkommen sind. JAMES DONELAN.

6) **Gellhaus. Ueber Menthol-Einathmungen bei Nasen- und Kehlkopfkatarrh.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1904.*

G. construirte einen Menthol-Inhalationsapparat, bestehend aus zwei kleinen tulpenartigen Hülsen, die mit einem Falz übereinander greifen; in die eine dieser Hülsen ist ein längeres gebogenes Rohr eingelassen, wogegen die zweite Hülse mit einem kürzeren geraden, am Ende knopfförmigen Röhrchen montirt ist; die beiden Hülsen umfassen lose einen Mentholstift; beim Gebrauche wird das gebogene Ende so weit wie möglich in den Mund eingeführt und so inhalirt. G. empfiehlt die Methode bei Nasen- und Kehlkopfkatarrh, tubercul. Larynxgeschwüren, Schnupfen, besonders jenem der Säuglinge. SCHECH.

7) **Kutvirl** (Prag). **Die balneologische Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege.** *Lekarskych pozhledu roc. XII. 4, 5, 6.*

Bekanntes über den Einfluss der Inhalationstherapie, des Klimas, sowie über die Behandlung in verschiedenen Badeorten. CHIARI.

8) **Kapralik** und **H. v. Schrötter** (Wien). **Erfahrungen über die Wirkung der Einführung von Tuberculin im Wege des Respirationsapparates.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1904.*

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden unter Anderem in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Die Koch'sche Reaction kann im Wege der Inhalation hervorgerufen werden.

2. Die Erscheinungen nach Inhalation von Tuberculin sind dieselben wie nach Injection.

3. Bei Anwendung des Bulling'schen Thermovariators beträgt die zur Erzielung einer Reaction erforderliche Menge bei activer Tuberculose ca. 30 mg. Bei inactiver oder latenter Tuberculose der Lungen, sowie bei solchen, wo tuberculöse Depots an anderen Körperstellen bestehen und bei nicht Tuberculösen beträgt die Menge ca. 250 mg.



Das Verfahren erleichtert auch die Frühdiagnose der Lungentuberculose, lässt den Gang der kapillären Infection erkennen und würde sich auch zur Controle therapeutischer Erfolge verwerthen. Die Verf. regen zu Versuchen an, wie das Diphtherietoxin im Inhalationswege wirkt.

CHIARI.

9) **Rosenberg** (Berlin). **Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1903.*

Verf. lässt die Frage offen, ob die Urticaria, die zwei Mal nach Einlegen eines mit Nebennierenextract getränkten Wattebäuschchens in den mittleren Nasengang bei einem jungen Mädchen auftrat, medicamentöser Art sei, oder durch Reizung des Olfactorius — Patientin hatte bei der Application eine Geruchsempfindung — reflectorisch ausgelöst wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **B. Müller** (Hamburg). **Ueber die Anämisirung mit Adrenalin.** *Wien. klin. therap. Wochenschr. No. 21. 1904.*

M. fand, dass zur Anämisirung von Haut, Fett und Musculatur am besten die Lösung 1 : 5000 und 1 : 10000 zu verwenden ist und dass die Zeit, bis die Anämisirung eine vollkommene ist, bei Haut, Fett und Musculatur mit der Lösung 1 : 1000 und 1 : 2000 ca. 30 Secunden, bei Lösung 1 : 5000 und 1 : 10000 jedoch 3—5 Minuten beträgt. Die Wirkung des Adrenalin betrifft die kapillaren und die kleinen Gefässe und bringt diese zum vollständigen Verschluss, grössere nur zur Verengerung. Adrenalinlösung mit Chloretonzusatz wirkt stark reizend. Am besten ist es, die Lösung vor dem Gebrauche selbst zu bereiten. Die officielle Adrenalinlösung steht in Bezug auf präcisen Eintritt der Wirkung der Suprareninlösung nach, während die reine Adrenalinlösung (ohne Chloreton) der Suprareninlösung an Wirkung gleichkommt.

CHIARI-HANSZEL.

11) **Giovanni Dotti. Das Adrenalin in der Laryngologie. (L'adrenalina in laringologia.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. Juni 1904.*

Bericht über eine unter Anwendung von Cocain-Adrenalingemisch endolaryngeal ohne Blutung operirten dunkelroten glatten Tumors der Stimmlippe.

FINDER.

12) **J. Jebard. Behandlung des Krebses der oberen Luftwege mittels localer Anwendung von Adrenalin. (Traitement du cancer des premières voies respiratoires par l'adrénalin en application locale.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Nach einer Uebersicht über die therapeutischen Anwendungsweisen des Adrenalin bespricht Verf. die Behandlung des Carcinoms mittels Adrenalinapplication, die mit nur frisch zubereiteter 1 promilliger Lösung alle zwei bis drei Tage zu geschehen hat. Er bringt 17 Beobachtungen bei, aus denen hervorgeht, dass die angewandte Therapie die Blutungen, das Aussehen der Ulcerationen günstig beeinflusste, die Schmerzen linderte und den Allgemeinzustand besserte.

A. CARTAZ.

13) **Heinatz. Beobachtungen über Adrenalin-Cocainanästhesie. (Nabljudenije nad adr.-kokainowoi anestesi.)** *Wratsch. Gaz. No. 3. 1904.*

H. ist ein warmer Fürsprecher erwähnter Anästhesie. Er stimmt nicht

Braun bei, welcher die verstärkend anästhesirende Wirkung des Adrenalins in der Herabsetzung der Lebensthätigkeit des Gewebes sieht, sondern lässt sie von der Zusammenziehung der Gefässe abhängen.

P. HELLAT.

14) **Pouchat. Ueber das Stovain. (Sur la stovaine.)** *Académie de médecine. 12. Juli 1904.*

P. hat Experimente an Thieren vorgenommen. Das Stovain ist ein locales Anästheticum mit schwacher Toxicität. Die Intoxication äussert sich in 2 Formen: Die allgemeine Analgesie und die allgemeine Hyperästhesie. Die erstere ist selten tödtlich, die zweite führte constant zum Tode des Versuchsthieres. Das Stovain entfaltet seine Giftwirkung auf das Nervensystem.

PAUL RAUGÉ.

15) **Huchard** (Paris). **Analgesirende Wirkung des Stovain. (Action analgésiante de la stovaine.)** *Académie de médecine. 12. Juli 1904.*

Verf. hat das Stovain zu subcutanen, interstitiellen und epiduralen Injectionen benutzt; bei der ersten Anwendungsform fehlte die analgesirende Wirkung, bei den beiden anderen war sie vorhanden. Nebenwirkungen waren nicht zu constatiren.

PAUL RAUGÉ.

16) **Mulert. Zur Verbesserung des elektrischen Lichtes für ärztliche Untersuchungszwecke.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1904.*

M. empfiehlt, die Glasbirnen in der nöthigen Ausdehnung mit spiegelndem Belag zu versehen oder bis auf einen aus gewöhnlichem Glas bestehenden Kreis, im übrigen aus Milchglas herstellen zu lassen. Bei der Nernstlampe kommt ihre Oeconomie namentlich bei den höheren Stromspannungen über 200 Volt zur Geltung, auch soll ihre Lebensdauer eine erheblich längere sein; dagegen schädigen Wechselströme von 118 Volt die Nernstlampe in kurzer Zeit so, dass eine häufige Erneuerung desselben nötig, also keine Ersparnis erzielt wird.

SCHECH.

17) **Trautmann. Eine neue Modification des Reflectors.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 29. 1904.*

Behufs Erleichterung des binocularen Sehens brachte T. am Reflector einen seitlichen, genügend grossen Ausschnitt an; der Reflector kann mit Hülfe eines oben und unten auf der Rückseite angebrachten Kugellagers auf beiden Augen gebraucht werden. — Der Reflector ist zu haben bei Retsch, München.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Notiz des Herausgebers. Paraffininjection. (Paraffine injections.)** *Journal of Medicine and Sciences. November 1903.*

Vf. weist auf die den Paraffininjectionen eventuell anhaftenden Gefahren hin.

EMIL MAYER.

19) **Arthur G. Root. Ein Fall von subcutaner Paraffininjection zur Correction einer Nasendeformität. (A case of subcutaneous injection of paraffin in the correction of nasal deformity.)** *Albany Medical Annals. Januar 1904.*

Nichts besonderes.

EMIL MAYER.

20) Lagarde. **Neue Technik und Instrument für Paraffininjectionen. (Technique et instrumentation pour les injections de paraffine.)** *Soc. de méd. de Paris. 12. März 1904.*

Verf. zeigt ein neues Modell für eine Paraffinspritze vor für hartes Paraffin, das jede Gefahr der Embolie sowie das Herausdrängen der injicirten Masse über den gewünschten Punkt hinaus oder das Diffundiren derselben unmöglich macht. Die Construction der Spritze gestattet, das Paraffin ganz langsam unter die Haut dringen zu lassen. Um das Hartwerden des Paraffins nach der Einspritzung zu beschleunigen, spritzt man nachher Aethylchlorid auf die Haut. A. CARTAZ.

21) Lagarde. **Beobachtung eines Tumors infolge einer schlecht ausgeführten Paraffininjection. (Observation d'une tumeur consécutive à une injection de paraffine mal faite.)** *Soc. de méd. de Paris. 16. April 1904.*

Der Patient hatte durch einen Sturz vom Pferde im Jahre 1899 eine Fractur des Nasenknochens, der Scheidewand und des Stirnbeins davongetragen. Man hatte versucht, eine daraus resultirende schwere Entstellung durch eine plastische Operation zu corrigiren, hatte aber damit keine guten Resultate erzielt. Im Jahre 1902 sah Verf. den Patienten und riet zu einer Paraffininjection. Patient erschien erst wieder nach zwei Jahren und zeigte jetzt an Stelle der früheren Depression zwei Tumoren, die infolge schlecht ausgeführter Paraffininjectionen entstanden waren. Mit Hülfe der Curette wurden diese Tumoren entfernt.

A. CARTAZ.

22) R. Botey (Barcelona). **Die Injectionen von Paraffin bei Rhinitis atrophica und den äusseren Missbildungen der Nase. (Las injecciones de parafina en la rinitis atrófica y en las deformaciones nasales externas.)** *Archiv. Latin. de Rinolog., Laringolog. etc. No. 127. 1904.*

Eingehende Studie über die Geschichte der Injection von Paraffin mit Anwendungstechnik nach eigenen in der Klinik des Verf. gemachten Beobachtungen. Die Arbeit wird in der folgenden Nummer des Archivs beendet. AUTOREFERAT.

23) Stephen Paget (London). **Die Anwendung von Paraffin in der plastischen Chirurgie. (The use of paraffin in plastic surgery.)** *British Med. Journal. 12. October 1904.*

Verf. behandelt ziemlich ausführlich die Anwendung der Paraffininjectionen bei Nasendeformitäten. Drei Dinge müssen dabei seiner Ansicht nach im Auge behalten werden: 1. die Auswahl der Fälle, 2. die Regeln für die Ausführung der Injection und 3. die allgemeinen Resultate. Für die Auswahl der Fälle ist es sehr wichtig, dass die Haut in einer Falte aufgehoben werden kann. Ist diese hart und rigid, so kann sie nur schwer durch Paraffin gehoben werden. Sind Adhäsionen und Stränge vorhanden, so ist das Verfahren kaum anwendbar. Die ungünstigsten Fälle sind diejenigen, welche eine Folge von tertiärer Syphilis mit Nekrose darstellen. Verf. giebt dann eine Beschreibung der Technik, die sich nicht von der allgemein geübten unterscheidet. Während die Nase nach vollbrachter Injection geformt wird, soll ein Assistent sie mit kaltem Wasser und nicht — wie Stein empfohlen hat — mit Aethylchlorid abkühlen. Man soll nie mehr als 1 ccm in-

jiciren; an zu grosse Deformitäten soll man nicht herangehen. Wenn diese Regeln befolgt werden, so hält Verf. die Gefahr der Embolie, sowie die andern Gefahren, wie Gangrän etc. für ausgeschlossen. Er hat das Verfahren in 70 Fällen ohne jeden ungünstigen Ausgang ausgeführt. In einigen Fällen mit Rigidität der Haut erzielte er kein Resultat und in einigen musste er ein Paraffinknötchen, das sich gebildet hatte, entfernen. In zwei eigenen Fällen und in zwei Fällen anderer Operateure war nach der Injection infolge chronischer Entzündung Verdickung der Gewebe eingetreten, die in drei der Fälle die Entfernung des Paraffins erforderten. Verf. führt diesen Misserfolg auf die Anwendung des Eckstein'schen Paraffins mit hohem Schmelzpunkt zurück.

JAMES DONELAN.

24) **Frans Tórne** (Schweden). **Studien über die bakteriellen Verhältnisse der Nasennebenhöhlen und über ihre Schutzmittel gegen Bakterien.** *Nord. medic. Arkiv. Afd. I (Kirurgi). Häft 1. No. 2. 1904.*

Der Verf. dieser sehr fleissigen und umfangreichen Arbeit, deren Studium wärmstens empfohlen wird, hat seine Untersuchungen an 8 frisch geschlachteten Kälbern und 52 frischen Menschenleichen gemacht.

Bei 2 von den 8 Kalbsköpfen war es zu befürchten, dass die Kieferhöhlen bei den Manipulationen von aussen inficirt waren. Bei den als einwandsfrei zu bezeichnenden 6 Kalbsköpfen liessen sich in den Nebenhöhlen weder durch direktes Mikroskopiren noch durch Culturen Bacterien nachweisen.

An Menschenmaterial haben dem Verf. 52 Leichen zur Verfügung gestanden. Unter diesen hatten nur 36 völlig normale Kiefer- und Stirnhöhlen aufzuweisen, in den übrigen 16 Fällen zeigten eine oder mehrere der untersuchten Nebenhöhlen Veränderungen, entweder in Bezug auf den Inhalt oder auf die Beschaffenheit ihrer Schleimhaut.

A. Normale Nasennebenhöhlen. Unter den 36 normalen Fällen waren bei 29 Leichen sämmtliche Sinus maxillares und frontales von Bacterien frei. Werden diese normalen Fälle nach der zwischen dem Eintreten des Todes und der Untersuchung verflossenen Zeit geordnet, so ergiebt sich, dass in allen Fällen (22), wo die Untersuchung innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden bis höchstens 2 Stunden 20 Minuten nach dem Eintreten des Todes stattgefunden hatte, die Sinus maxillares und frontales steril waren, dass dagegen von den übrigen 14 Leichen, die in Zeitabschnitten von 3 Stunden bis 25 Stunden nach dem Tode untersucht waren, sich die Hälfte in Bezug auf die betreffenden Höhlen als bacterienfrei erwies, während die andere Hälfte Bacterien zeigte. Daraus schliesst der Verf., dass die Sinus maxillares und frontales beim lebenden Menschen normalerweise bacterienfrei sind und dass die Einwanderung der Bacterien in der Regel erst einige Stunden nach dem Tode stattfindet.

B. 26 pathologische Nebenhöhlen wurden bacteriologisch untersucht. Davon waren 11 (1—3 St. post mortem untersucht) katarrhalisch verändert; unter diesen waren 9 steril, in 2 Fällen wurden in jedem nur eine Bacterienart nachgewiesen und zwar das Bacterium sputigenum (Migula) und Micrococcus aureus. In 12 chronischen purulenten Sinusiten wurde angetroffen: Streptokokken, Micrococc. aureus, M. pyogen., M. pseudocatarrhalis n. sp.?, M. tarde liquans n. sp., Bacill.

vulg., B. coli, Bact. pneumonicum, Bacillus mellodorifer n. sp. In drei acuten purulenten Sinusiten (1 St. 15 Min. p. m. untersucht) wurden in allen Fällen Bact. pneumoniae, in einem ausserdem Microc. aureus gefunden.

In der II. Abtheilung der Arbeit sind experimentelle Untersuchungen über Richtung und Wirkungsweise der Flimmerbewegung in den Sinus maxillares mitgetheilt. Es zeigt sich, dass die Flimmerbewegungen im Sinus maxill. des Kalbes und des Menschen wenigstens an den der Apertur am nächstgelegenen Theilen der Schleimhaut von allen Seiten in der Richtung gegen die Mündung zu, weiter nach aussen durch den Verbindungscanal mit der Nasencavität wirkt. Russkörnchen wurden mit einer mittleren Bewegungsgeschwindigkeit von 0,5—1 cm in der Minute tranportirt.

In der III. Abtheilung zeigt der Verf., dass das normale Nebenhöhlensecret beim Menschen recht bedeutende bactericide Fähigkeiten besitzt (Bacillus anthrax), aber diese Fähigkeit geht vollständig zu Grunde, wenn das Secret 40 Min. bis 65° C. erwärmt wird.

Eine vorläufige Mittheilung dieser Untersuchungen ist schon in dem Centralbl. f. Bacteriologie u. Parasitenkunde etc. Abth. 1 Originale Bd. XXXIII, 1904, No. 4 veröffentlicht.

E. SCHMIEGELOW.

25) H. Luc. **Meine letzte Verbesserung in der Radicalbehandlung der chronischen Nebenhöhleneiterungen. (My latest improvement in the radical treatment of chronic suppurations of the accessory cavities of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1903.*

Cfr. Verhandlungen der 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1903. Centralblatt. Bd. XX. S. 105.

EMIL MAYER

26) Alfred Stieda. **Käsiges Empyem der Naseunebenhöhlen. (Cheesy empyema of the nasal accessory sinuses.)** *Archives of Otology. October 1903.*

Es werden drei Fälle mitgetheilt, in denen sich grosse Mengen käsigen Materials vorfanden, die sich leicht mit einem Löffel entfernen liessen. In einem der Fälle fand sich in den nekrotischen Massen der B. coli communis fast in Reincultur.

EMIL MAYER.

27) M. Weil. **Röntgenbilder von Stirn- und Kieferhöhlen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. December 1903.) *Wien. klin, Wochenschrift. No. 52. 1903.*

Durch Eingiessen von schattengebenden Substanzen in die Höhlen will Weil die Contouren sichtbar machen und so gewisse Veränderungen, wie Granulationen der Höhlenschleimhaut etc. mit dem Röntgenschirme diagnosticiren. Am besten bewährte sich zu diesem Zwecke das ungiftige Bleisulfat.

CHIARI-HANSZEL.

28) Logan A. Turner (Edinburgh). **Ein Beitrag zur Pathologie der „Knochencysten" in den Nebenhöhlen der Nase. (A contribution to the Pathology of „bone cysts" in the accessory sinuses of the nose.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1903.*

Verf. führt aus, dass cystische Ausdehnung der Keilbeinhöhle bisher nicht beschrieben worden ist, dass er selbst aber verschiedene Fälle solcher Veränderung

an den Siebbeinzellen, der Stirn- und Oberkieferhöhle gesehen hat. Er giebt eine Uebersicht über die Anatomie der Siebbeinzellen und zeigt, wie diese sich bisweilen in das Stirnbein hinein ausdehnen und zu einer Auftreibung seiner Orbitalplatte führen können. Er veranschaulicht diese Verhältnisse durch beigefügte Photographien. Unter den an der mittleren Muschel vorkommenden Varietäten beschreibt Verf. eine Auswärts- und Aufwärtskrümmung des freien Randes des Knochens, so dass ein tiefer Kanal oder eine geschlossene Höhle gebildet wird. Ist dieser Zustand sehr ausgebildet, so existirt ein erheblich grosser mit dem mittleren Nasengang communicirender Raum. Vergrösserung der Muschel kann entstehen in Folge der Bildung lufthaltiger Räume in ihrem Innern, wie sie von Santorini, Zuckerkandl und Lothrup beschrieben worden sind. Wenn die Muschel in situ ist, so öffnen sich diese Zellen an ihrem oberen angehefteten Rande in den oberen Nasengang. Steer (Inaug. Dissert., Rostock 1895) fand diese Bildungen in 8 pCt. der Fälle, Lothrup in 18 pCt. Ref. selbst hat 160 Schädel untersucht, 112 männliche und 48 weibliche: lufthaltige Räume in der Muschel fanden sich in 32 (20 pCt.) der Fälle und zwar 21 mal rechts und 19 mal links, davon 8 mal beiderseits. Bei den 112 männlichen Schädeln fanden sich Lufträume 20 mal (17 pCt.) und zwar 13 mal rechts, 11 mal links, 4 mal beiderseitig; bei den 48 weiblichen Schädeln in 12 Fällen (25 pCt.), wovon 8 mal rechts, 8 mal links, 4 mal beiderseitig.

Verf. classificiert die „Knochencysten", je nachdem sie Luft, Schleim oder Eiter enthalten. Die ersteren geben selten zu pathologischen Zuständen Veranlassung und sind nur als eine Ueberentwickelung der normal vorhandenen Zellen aufzufassen. Sie sind nur bei Erwachsenen anzutreffen, insofern die Lufträume sich nicht vor dem 14. oder 15. Lebensjahre entwickeln. Verf. giebt eine detaillirte Beschreibung des klinischen und histologischen Befundes in einigen Fällen sowie der angewandten Behandlung. Er theilt die Fälle von Vergrösserung der mittleren Muschel folgendermassen ein: In einem gewissen Procentsatz von Schädeln existirt normalerweise eine Höhle in der unteren Siebbeinmuschel; in einigen Fällen greift ein ungewöhnliches Wachsthum der mittleren Muschel und ihres Luftraumes Platz. Meist hat dies einen chronischen entzündlichen Process an der Schleimhaut und dem darunterliegenden Knochen zur Folge, woraus sich dann ferner eine Auflagerung von neuem Knochen in Folge gesteigerter Thätigkeit der Osteoblasten ergiebt, mit der eine Resorption am Knochen durch die Osteoklasten im Innern einhergeht. So ergiebt sich eine allmählige Ausdehnung des präexistirenden Luftraums mit Vergrösserung der mittleren Muschel. In einigen Fällen führen die Veränderungen in der Schleimhaut zur Bildung von Schleimpolypen. Bisweilen bleibt die Höhle leer, weil ihr Ausführungsgang offen ist, in anderen Fällen kommt es zur Schleimretention, während in noch anderen in Folge eitriger Entzündung ein Empyem der Zelle sich bildet.

Verf. wendet sich dann zu den Mucocelen der Stirnhöhle. Er kommt zu dem Ergebniss, dass diese Fälle in Folge eines chronisch entzündlichen Processes der auskleidenden Schleimhaut entstehen, der in Verbindung mit einem ähnlichen Vorgang an der Nasenschleimhaut steht. Dadurch verschliesst sich die Mündung des Sinus und es kommt zu einer Secretansammlung in der Höhle.

Zum Schluss beschreibt Verf. eine Reihe von Fällen, die das Vorkommen von Knochencysten im Oberkiefer in Verbindung mit den Zähnen illustriren. Er meint, dass Ausdehnung der knöchernen Sinuswandung durch die Entwicklung der Zahncysten in die Höhle hinein erklärt werden muss, während wirkliche Ausdehnung der Höhle selbst ein seltenes Vorkommen ist; die Differentialdiagnose dieser Fälle wird erörtert.

JAMES DONELAN.

29) **S. Hagen-Torn. Ueber Proliferationscysten der Kiefer und über Prothesen bei Resection des Unterkiefers. (O proliferujuschtschich pictach tscheljnstei i prothesach pri resektii nishnei tscheljinti.)** *Protokolle und Verhandlungen d. St. Petersburger Medico-chirurg. Gesellsch. 1900—1901. St. Peterburg 1904.*

Nach H. stellen die Cysten der Kiefer eine Krankheit sui generis vor.

Klinisch sind sie gutartig, wachsen langsam, sind immer multipel angelegt. Ihre Grösse wechselt von Stecknadelknopf- bis Kindskopfgrösse. Die einfache Entfernung einer Cyste schützt nie vor Recidiven oder vielmehr dem Nachwachsen kleinerer und kleinster Cysten. Daher Resection des Kiefers erforderlich. Durch die Sauer'schen Prothesen lässt sich die Verunstaltung des Gesichtes vermeiden.

F. HELLAT.

30) **Grünwald** (München). **Ueber Kiefercysten und Kieferhöhlencysten und ihre gegenseitigen Beziehungen.** *Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkde. XII. Jahrg. H. 3.*

Es giebt drei Arten von Cysten der Kieferhöhlen: 1. Retentionscysten, 2. Colliquaturhöhlen und 3. Lymphectasien. Die Unterscheidung dieser von den Kiefercysten ist practisch wichtig und wird des näheren behandelt. Als jene Erkrankungen, welche Cysten des Oberkiefers oder seiner Höhle vorzutäuschen vermögen, werden angeführt: Aneurysma der Arteria palatina descendens, ein erweichendes Gumma des harten Gaumens, hohle Tumoren.

CHIARI.

31) **Strubell. Ueber die Beziehungen der Gefässe der Kieferhöhle zu denen der Zähne.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1904.*

Die Ernährung der Kieferschleimhaut, der Spongiosa des Knochens und der Alveolen mit den Zähnen geschieht von einem dreifachen eng unter sich anastomosirenden Netze von Gefässen aus. Ein Teil der Gefässe verläuft längs der vorderen Contour des Bodens der Kieferhöhle und ist bestimmt für die Kieferhöhlenschleimhaut, namentlich die tiefe Schicht derselben. Zweitens findet sich ein äusserst stark injicirtes weitmaschiges Netz von Venen, das ein feineres von Arterien in sich einschliesst; die Alveolen sind nebst der Spitze der Zahnwurzel von einem dichten Netze feinster arterieller Gefässe umsponnen, an denen Endgefässe direct durch die Wurzelhaut in das Cement eindringen, aber nicht bis in die Pulpa gehen. Wenn Verf. am Schlusse seines Aufsatzes die Seltenheit dentaler Epyeme bezweifelt, so dürfte er bei grösserer Erfahrung doch anderer Ansicht werden.

SCHECH.

32) **J. Torres** (Corogne). **Empyem der Highmorshöhle. (Empiema de la encoa de Highmoro.)** *Bolet. dal Coleg. de Médicos de la Coruna. 1902.*

Bericht mehrerer beobachteter Fälle von Empyem des Oberkiefersinus und deren Behandlung.

R. BOTEY.

33) **Mermod** (Lausanne). **Klinische Vorstellung im Cantonsspital.** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 4. 1903.*

M. stellt eine Anzahl geheilter chronischer Empyeme der Oberkieferhöhle vor, bei welchen er nach Luc durch Herausnahme der Seitenwand zwischen Nase und Antrum beide Höhlen in eine einzige verwandelt hatte. Er rühmt diese Methode als die einzige, welche diese Krankheit sicher zur Heilung führe. Dies mag richtig sein, aber für die Empyeme rein dentalen Ursprungs ist diese eingreifende Operation jedenfalls selten erforderlich. Verf. erwähnt 127 auf diese Weise von ihm geheilte Fälle. Bezüglich der Behandlung der Empyeme der Stirnbeinsinus und der Ethmoidalzellen möchte M. die radicalen, aber entstellenden Operationen nach Kuhnt und Killian auf wenige specielle Fälle einschränken. Er will mit geringeren Eingriffen und gehöriger Auswaschung gewöhnlich ohne Entstellung auskommen, was er durch herumgebotene Photographien von 12 Fällen illustrirt.

JONQUIÈRE.

34) **R. H. Johnston. Infection der Highmorshöhle mit dem Micrococcus tetragenus. (Infection of the antrum of Highmore with the micro-coccus tetragenus.)** *Journal of Eye, Ear und Throat diseases. September-October 1903.*

Titel erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

35) **A. Onodi. Die Eröffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengange.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 154. 1903.*

O. bevorzugt die Eröffnung der Kieferhöhle von dem mittleren Nasengange aus: er durchstösst die Wand derselben mit einem eigens construirten Dilatationstroicart, der nach dem Einstechen nach Art einer Pincette geöffnet wird und dabei eine Erweiterung der Oeffnung in der medialen Kieferhöhlenwand bis zu 2 cm bewirkt.

Instructive Abbildungen der anatomischen Verhältnisse der Kieferhöhle und des Instrumentes (das bei Garai, Budapest, Franziscanerbazar, zu beziehen ist) sind der kurzen Mittheilung beigegeben.

F. KLEMPERER.

36) **W. Roth** (Wien). **Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der Highmorshöhle.** *Wien. med. Presse. No. 3. 1904.*

Zu den beständigsten Symptomen einer Entzündung der Kieferhöhlenschleimhaut gehört das entzündliche Sekret. Verf. beschreibt nun 5 Fälle von Kieferhöhlentzündung, in welchen kein Secret in der Nase zu sehen war, da es zu zähe war. Das durch Probepunction gewonnene Secret hatte durchscheinendes Aussehen und war von lichtgrüner Farbe. — Man soll auch in Fällen von Nasenverstopfung ohne nachweisbare mechanische Ursache und auch ohne sichtbares Secret sein Augenmerk auf die Kieferhöhle richten.

CHIARI.

37) **Réthi** (Wien). **Die Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems von der Nase her.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 34. 1904.*

Hinweis auf die 1901 und 1903 von demselben Autor erschienenen Publicationen über seine Methode obengenannter Operation, die darin besteht, dass nach Abtragung der vorderen zwei Drittel der unteren Muschel eine breite Com-

municationsöffnung zwischen Kiefer- und Nasenhöhle angelegt wird, die auch in den mittleren Nasengang hinaufreicht; Besichtigung des Antruminnern mit einem kleinen Spiegel, eventuell Curettement. Auf Grund weiterer Beobachtungen empfiehlt R., die Oeffnung möglichst gross zu gestalten. Sowohl was Grösse und Technik des Eingriffes, als auch was die Erfolge betrifft, ist R. von dieser Radicaloperation am meisten befriedigt.

CHIARI-HANSZEL.

38) **Herbert Tilley. Einige Beobachtungen über Eiterung der Oberkieferhöhle. (Some observations upon suppuration of the maxillary antrum.)** *Abdruck aus den Verhandlungen der Britischen zahnärztlichen Gesellsch. December 1903.*

Verf. legt seiner Statistik 82 Fälle von Antrumeiterung zu Grunde; von diesen wurden 46 mit Radicaloperation behandelt, 27 mittels Anbohrung von der Alveole aus, von denen aber 5 noch nachträglich die Radicaloperation erforderten und so unter die obigen 46 mit einberechnet sind; in 3 Fällen handelte es sich um eine acute Affection und 20 wurden nur in der Consultationsstunde untersucht. In 19 Fällen bestand chronische Stirnhöhlen-Siebbeineiterung; in 12 Fällen waren beide Oberkieferhöhlen erkrankt und in 4 ergoss sich auch aus der Keilbeinhöhle Eiter.

Verf. geht genau auf die anatomischen Beziehungen zwischen Antrum und Stirnhöhle ein. Das Infundibulum endet bei oder in der Antrumöffnung und eine sich von dem Foramen nach oben erstreckende Schleimhautfalte bildet eine Tasche, in deren Grunde sich die Antrumöffnung befindet. Daraus ergiebt sich, dass das Antrum ein Reservoir bildet, in das sich aus der Stirnhöhle oder den Siebbeinzellen stammende Absonderungen ergiessen und ansammeln können, ohne dass es selbst primär erkrankt zu sein braucht. Verf. führt zur Illustration einen hierher gehörigen Fall an.

Verf. neigt zu der Ansicht, dass Zahnerkrankungen ein sehr wichtiger Factor in der Entstehung der Antrumeiterungen bilden. Unter 300 Fällen von Antrumempyem hat er nur eine Patientin — ein 12jähriges Mädchen — mit völlig gesunden Zähnen gesehen. Verf. sagt: „Müssen wir nicht mit Recht annehmen, dass Erkrankung eines Zahnes eine gewisse Reizbarkeit der Antrumschleimhaut in der Nachbarschaft dieses Zahnes herbeiführen muss, eine gesteigerte Vulnerabilität, die sie geeigneter macht, sich von der Nase aus zu inficiren?"

Trotz Grünwald's Ableugnung der häufigen Entstehung von Antrumerkrankung von den Zähnen aus ist der Verf. folgender Ansicht: „Die Infection nimmt ihren Weg durch die Lymphräume des gesunden Knochens und ein Infectionsherd in einer Zahnkrone ist keineswegs gering zu achten, denn wenn auch ein Antrumempyem auf eine andere Ursache zurückzuführen sein mag, so muss man doch stets annehmen, dass die Zahnerkrankung im Stande ist, die Antrumschleimhaut in einem solchen Zustand von Irritation zu erhalten, dass alle therapeutischen Versuche dadurch vereitelt werden." Verf. behandelt dann ausführlich Diagnose, Symptome und Behandlung.

In Bezug auf die Ausspülungen von einer Alveolenöffnung aus räth Verf., mit der Spülflüssigkeit öfter zu wechseln; er empfiehlt Borsäure, Chlorkali, For-

malin etc. Was die Resultate anbelangt, so sagt Verf., es sei zwar leicht, die Menge des Eiters und den Fötor schnell herabzumindern, dass es aber in Fällen von mehr als einigen Monaten Dauer sehr schwierig sei, die letzte Spur Eiter zum Verschwinden zu bringen. Die Behandlung soll so lange fortgesetzt werden, bis der Ausfluss verschwindet; wenn dies nicht eintritt und eine absolute Heilung gewünscht wird, muss man zu radicaleren Massnahmen schreiten. Die Methode der Eröffnung von der Alveole aus soll in allen Fällen versucht werden, die erst wenige Monate alt sind, sowie auch in chronischen Fällen als erster Eingriff, weil auch in einer Anzahl von diesen die Methode doch noch zu einer rapiden Heilung geführt hat. Verf. beschreibt dann ausführlich die Radicaloperation, die er von der Fossa canina aus vornimmt. Die Oeffnung soll einen Umfang von 2—2,5 cm haben; man soll bei der Operation vermeiden, den Nervus infraorbitalis zu verletzen; ferner muss die erkrankte Antrumschleimhaut mit einer Curette ausgekratzt werden. Eine Gegenöffnung soll nach der Nase zu angelegt werden. Ist die Erkrankung der Schleimhaut hauptsächlich auf den unteren Theil der Höhle beschränkt, so genügt es, im unteren Nasengang eine 2 cm grosse Oeffnung anzulegen, ist dagegen die ganze Antrumschleimhaut erkrankt, so muss die ganze innere Wand der Höhle entfernt werden. Es ist nicht nöthig, fest zu tamponiren, sondern man legt nur einen Gazestreifen lose hinein, der nach 48 Stunden entfernt wird.

JAMES DONELAN.

39. **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Empyem der Highmorshöhle mit Oeffnung durch den harten Gaumen. (Empyema of the maxillary sinus with opening through the hard palate.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1903.*

Die Oeffnung befand sich nahe der Raphe gegenüber dem ersten Molarzahn und führte in eine sich nach aussen gegen die Alveole erstreckende Höhle. Es wurde schliesslich vom unteren Nasengang aus operirt.

A. J. BRADY.

40. **A. Jousset. Chirurgische Behandlung der Highmorshöhle. (Thérapeutique chirurgicale du sinus maxillaire.)** *Le Nord médical. 1. Januar 1904.*

Verf. berichtet über einen Fall von doppelseitigem Oberkieferhöhlenempyem, behandelt nach Caldwell-Luc mit der Modification, dass ein Drain in der Fossa canina gelassen wurde. Nach einem Monat liess der Kranke den metallischen Obturator in die Höhle fallen. Verf. operirte nach Rouge und entfernte so den Fremdkörper. Verf. zieht einen Vergleich zwischen beiden Operationsmethoden, der zu Gunsten der Caldwell-Luc'schen ausfällt, sobald es sich nur um eine Oberkieferhöhlenerkrankung handelt. Sind auch andere Nebenhöhlen erkrankt, so ist das andere Verfahren vorzuziehen.

A. CARTAZ.

41) **Herbert Tilley. Eiterung der Oberkieferhöhle mit besonderer Berücksichtigung von Diagnose und Behandlung. (Suppuration of the maxillary antrum; with special reference to diagnosis and treatment.)** *The Laryngoscope. Februar 1904.*

Verf. geht davon aus, dass Zahnerkrankungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zum mindesten ein prädisponirendes Moment für die Entstehung von Antrumeiterungen abgeben und weist auf die Bedeutung hin, die infolgedessen

die Fürsorge für die Zähne in der Prophylaxe der Nebenhöhlenerkrankungen hat. In Bezug auf die Diagnose giebt die Probepunction die sichersten Hinweise. Therapeutisch ist die Drainage von der Alveole aus bei frischen Fällen angewandt; sie führt in allen Fällen zu Nachlass der Beschwerden. Radicale Operation soll erst Platz greifen, wenn die geringfügigeren Massnahmen resultatlos bleiben.

EMIL MAYER.

43) **G. Gavello. Ueber die chirurgische Behandlung der chronischen Oberkieferhöhlenerkrankung. (Sulla cura chirurgica della sinusite mascellare cronica.)** *Giornale d. R. Accademia di Medicina di Torino. V—VI. 1904.*

Verf. operirt seit längerer Zeit bei Highmorshöhlenempyem nach Caldwell-Luc und benutzt dazu das von ihm angegebene Instrument. Da aber viele Patienten sich dem immerhin grösseren Eingriff, der auch die allgemeine Narkose erfordert, nicht unterwerfen wollen, so hat Verf. auf eine Verbesserung der Methode der Eröffnung vom unteren Nasengang aus sein Augenmerk gerichtet und zu diesem Zweck einen Perforator angegeben, der nach dem Muster des Nägele-schen Kraniotoms construirt ist, die Sinuswand wie ein gewöhnlicher Troikart durchbohrt und mittels dessen dann die Perforationsöffnung so erweitert wird, dass die gewöhnlichen, in der Rhinologie gebräuchlichen Knochenzangen eingeführt werden können. Seine Operationsmethode besteht in folgenden Acten: Resection der vorderen Hälfte oder in zwei Dritteln der unteren Muscheln, dicht an ihrem Ansatz, Perforation der Wand im tiefsten Theil des unteren Nasengangs, Erweiterung der Oeffnung mit der Hartmann'schen Zange oder ähnlichen Instrumenten; Curettage, Ausspülung, Tamponade der Höhle. Man operirt mit Cocain und Adrenalin, vermeidet so die allgemeine Narkose, sowie den Uebelstand einer Oeffnung nach der Mundhöhle zu und schafft eine Oeffnung, durch welche die Höhle leicht drainirt werden kann.

FINDER.

42) **S. Fruttero. Beitrag zum Studium der Anatomie der Stirnhöhle und des Ductus naso-frontalis. (Contributo allo studio dell'anatomia del seno frontale e del dotto naso-frontale.)** *Atti della R. Clinica otiatrica di Roma 1903.*

Gelegentlich seiner anatomischen Untersuchungen über die Anatomie der Stirnhöhle hat Verf. gefunden, dass die Nebenhöhlen viel häufiger erkrankt sind, als man nach den klinischen Erfahrungen glauben sollte: Bei 29 Individuen fand sich 11 Mal Nebenhöhlenerkrankung.

FINDER.

44) **D. Caralt** (Madrid). **Empyem des Stirnsinus mit diffuser gangränös-phlegmonöser Entzündung des oberen Augenlides, toxischer Kerato-Iritis und anderweitigen erysipelatösen Complicationen. (Empiema dal seno frontal y flemón difuso y gangrenoso dal parpado superior con querato-iritis toxicas y complicaciones erisipelatoideas.)** *Revist. de Medic. y Cirug. März 1902.*

Genannte Complicationszustände traten bei einer Patientin im vorgerückten Alter auf und zwar mehrere Jahre nach dem ursprünglichen Sinusleiden.

R. BOTEY.

45) **C. A. Thigpen. Ein Fall von Stirnhöhlenempyem. (A case of empyema of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 14. November 1903.*

Zuerst wurden Polypen und die mittlere Muschel entfernt und die vorderen Siebbeinzellen curettirt. Bei Eröffnung der Stirnhöhle gelangte man in einen Sinus, dessen vordere Wand das Stirnbein bildete, während die hintere Wand von der Dura und dem Gehirn gebildet wurde. EMIL MAYER.

46) **Fernandis** und **Van Swieten. Ueber chronische Frontalsinusiten in neun nach dem Goris'schen Verfahren operirten Fällen. (A propos de neuf cas de sinusite frontale chronique, opérés suivant le procédé du Dr. Goris.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 3. 1904.*

Goris schreibt die Vermeidung der Entstellung bei seiner Methode bekanntlich der Resection des Orbitalrandes und der unteren Sinuswand zu, wodurch die brüske Invagination der Haut wie „nach einem Hieb mit einem Beil" vermieden werde. Die Verff. theilen 9 derartige Fälle mit und machen auf die Vortheile der Methode aufmerksam, bezüglich

a) der Dauer der Behandlung: die Kranken können nach 8—10 Tagen ohne Verband entlassen werden;

b) der beinahe vollständigen Recidivlosigkeit;

c) des ästhetischen Resultates: durch die Vermeidung von Vorsprüngen event. abgebrochener Linien mache sich die Einsenkung weniger bemerklich.

BAYER.

47) **De Stella. Die Radicalcur der chronischen Sinusitis fronto-ethmoidalis. (La cure radicale de la sinusite fronto-éthmoïdale chronique.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 4. 1904.*

Der Verf. macht Mittheilung von 3 nach seinem Verfahren operirten Fällen, das identisch ist mit der von Jaques und Denaut in Nancy in den „Annales des Maladies de l'oreille" im August 1903, einen Monat nach der Ausführung seiner ersten zwei Operationen veröffentlichten Operationsmethode, indem er die Vortheile derselben dahin resumirt, dass es

1. eine vollständige Eröffnung der Sinus erlaube, wodurch die Desinfection und Ausräumung derselben bedeutend erleichtert werde;

2. die partielle oder auch vollständige Resection des Siebbeins, die Inspection und nöthigenfalls Ausrämung der Keilbeinsinus (cfr. 2. Fall) erlaube;

3. absolut keine Deformität hinterlasse und

4. die Aussichten eines Recidivs auf ein Minimum herabsetze. BAYER.

48) **O. Kutvirl** (Pilsen). **Cystis conchae ethmoidalis.** *Aerztl. Central-Zeitung. No. 1. 1904.*

Der Fall hatte ein Antrumempyem vorgetäuscht; sonst nichts Bemerkenswerthes. Zur Resection der mittleren Muschel bedient sich K. des Vymola'schen Keilmessers. CHIARI.

49) Robert C. Myles. **Krankheiten und Behandlung der Siebbeinzellen nebst Bericht über Fälle und Vorstellung von Instrumenten. (Diseases and treatment of the sphenoid cells with report of cases and presentation of instruments.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1903.*

Cfr. Verhandlungen der American Laryngological Association Mai 1903, Centralblatt XX, S. 106.

EMIL MAYER.

50) Albert E. Rogers. **Einige Bemerkungen über chronisches Keilbeinhöhlenempyem. (Some remarks on chronic sphenoidal sinusitis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 31. September 1903.*

Zur Diagnose benutzt Verf. eine Sonde, die er von der Spina nasalis inferior direct nach dem mittleren Theil der mittleren Muschel führt; ist die Sonde weiter als 7,5 cm eingeführt, so ist sie entweder in der Keilbeinhöhle oder im Nasenrachen, und wenn sie in der erwähnten directen Linie über die mittlere Muschel geht, so liegt sie sicher in der Keilbeinhöhle. Bei der Operation bedient er sich des Adrenalins nicht, sondern erst bei der Nachbehandlung. Er entfernt erst das vordere Ende der mittleren Muschel, dann die übrigen Theile, bis der Zugang zur Höhle frei liegt. Nach 10 Tagen öffnet er mit einer der Grünwald'schen nachgebildeten Zange die Höhle. Er hat in 11 Fällen so operirt, ohne zu eingreifenderen Operationen, wie der Jansen'schen oder Luc'schen, je seine Zuflucht nehmen zu müssen.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

51) L. Réthi. **Untersuchungen über die Innervation der Gaumendrüsen.** *Sitzungsbericht der kais. Acad. d. Wissensch. Wien. Bd. CXII. 8. u. 9. H. S. 232.*

Locale Reizung des weichen Gaumens ergiebt an jeder Stelle bei etwa 10 cm Rollenabstand (1 Grenet'sches Tauchelement) einzelne kleine Secrettröpfchen, die sich allmälig vergrössern und nach ca. 20 Minuten zusammenfliessen. Nach Bepinselung des Gaumens mit 10proc. Atropinlösung treten die Punkte, die normal beim Aufsetzen der Elektroden beobachtet wurden und wie erweiterte Drüsenöffnungen aussahen, weniger deutlich hervor, ebenso war dann das Erscheinen der Secrettröpfchen weniger prompt. Nach Atropininjection in den harten Gaumen trat auch bei stärkeren Strömen keine Secretion auf.

Nervenreizung des Trigeminusstammes innerhalb der Schädelhöhle hatte keine Secretion am weichen Gaumen zur Folge. Reizung des N. lingualis ergiebt beim Hunde und bei der Katze keine Secretion. Reizung des N. glossopharyng. sowohl der Wurzeln als seiner peripheren Theile, hatte keine Secretion des Gaumens zur Folge. Reizung des Vagus hatte keinen Erfolg, des Nerv. pharyng. vagi in der grösseren Hälfte der Fälle keinen Erfolg. Reizung des Hypoglossus hatte keinen Erfolg.

Dagegen enthalten Sympathicus und Facialis secretorische Fasern für den weichen Gaumen. Die im Halssympathicus schon unterhalb des unteren Halsganglions enthaltenen, für die Drüsen des weichen Gaumens bestimmten Fasern durchsetzen das oberste Halsganglion, treten mit den Erweiterern der Pupille in

die Paukenhöhle ein, ziehen über das Promontorium, hier bereits von diesen getrennt, und senken sich in das G. sphenopalat. ein; in manchen Fällen gehen die secretorischen Fasern für die hinteren Partien des weichens Gaumens in den N. pharyng. vagi über und in diesem zugleich mit den motorischen Fasern für den M. levator palati mollis zu ihrem Endziele. Die im Stamme des N. facialis enthaltenen secretorischen Fasern dagegen ziehen durch das Knie derselben und den N. petrosus superficial. major ebenfalls zum G. sphenopalat. und von hier, vereint mit den sympathischen Fasern, in die Nn. palatini, welche sie zum weichen Gaumen geleiten.

J. KATZENSTEIN.

52) **Mann** (Dresden). **Ueber Gaumenlähmung.** *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. XLVII. Bd. 1. H. 1904.*

M. macht in seiner sehr lesenswerthen Abhandlung den Versuch, auf Grundlage eines grösseren klinischen Materiales für die einzelnen Lähmungsformen Typen aufzustellen. die einen Schluss zulassen auf die Innervation des weichen Gaumens. Er betrachtet nun zuerst im Zusammenhang die Anatomie des weichen Gaumens, dann sucht er klar zu machen, was wir von den anatomischen Details am lebenden Gaumen zu erkennen vermögen, und schliesslich untersucht er die physiologische Wirkung der Gaumenmuskeln. Von den einzelnen Typen der Gaumenlähmung bespricht M. die einseitige Tensorlähmung, die einseitige Pharyngopalatinuslähmung, die einseitige Levatorlähmung combinirt mit gleichnamiger halbseitiger Lähmung des M. uvulae, während die postdiphtherische und die im Gefolge von Gehirnkrankheiten oder malignen Tumoren an der Schädelbasis auftretende Lähmung unbesprochen bleibt. Die einzelnen Typen von Gaumenlähmung sind durch eine Anzahl von Krankengeschichten illustrirt und in einer Epikrise noch detaillirt besprochen.

SEIFERT.

53) **Katz. Zur Tuberculose des Gaumensegels.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 4. 1904.*

Bei dem einen Kranken waren auch beide Lungenspitzen sowie Kehlkopf miterkrankt und manifestirte sich die Erkrankung in Form kleiner Knötchen; bei dem anderen Kranken bildete sich eine Perforation des Velum, was zu der grossen Rarität gehört, und wurde Pat geheilt.

SCHECH.

54) **V. Marzocchi. Ueber Regeneration an den Speicheldrüsen. (Sui processi rigeneratori delle ghiandole salivari sierose.)** *Anno 57. 1903. Fasc. 6. p. 751. (Rendic. II. sess. Ital. patologica Firenze 1903.)*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

55) **Selheim. Zur Analyse psychischer Erregung der Speicheldrüsen. (K analisu psichit wosbushgenii sljunnich cheles.)** *R. Wratsch. No. 35. p. 1197. 1904.*

Nach der Theorie von Pawlow giebt es zweierlei Centra für die Speichel secretion: eines für directe oder „unbedingte" Reflexe, das andere für „bedingte" oder höhere Reflexe. Letztere Reflexe erscheinen immer in Begleitung anderer. Die Aufgabe von S. bestand darin, zu ermitteln, wie verhalten sich die

höheren, bedingten Reflexe, wenn man die unbedingten durch Durchschneidung des Astes des Glossopharyngeus und des Vagus ausscheidet. Es ergiebt sich, dass allmälig auch die bedingten Reflexe erlöschen.

P. HELLAT.

56) **E. Bizzozero. Ueber compensatorische Hypertrophie der Speicheldrüsen. (Sull'ipertrofia compensatoria delle ghiandole salivari.)** *Archiv. delle scienze mediche. IV. 1903.*

Die Versuche des Verf.'s ergaben, dass, wenn eine Speicheldrüse exstirpirt wird, in der anderen Proliferationsvorgänge auftreten, die ungefähr 2 Tage nach der Operation beginnen und nach 10—14 Tagen ihr Ende erreichen. Die zurückgebliebene Drüse zeigt auch nach Monaten keine nachweisbare Gewichtszunahme. Die kurze Dauer des Proliferationsprocesses sowie das eben erwähnte Factum sind ein Beweis dafür, dass die Drüse zwar auf die Exstirpation ihrer Schwesterdrüse mit vermehrter Karyokinese reagirt, sich aber bald den veränderten Bedingungen so anpasst, dass sie die vermehrte Function auch ohne weitere Proliferation ihrer Elemente leistet.

FINDER.

57) **Fernando Fabrini. Beitrag zum Studium der eitrigen entzündlichen Processe der Speicheldrüsen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese. (Contributo allo studio dei processi infiammatori suppurativi delle glandole salivari con speciale riguardo alla loro patogenesi.)** *La Clinica Moderna. 29. Juni 1904.*

Verf. hatte Gelegenheit, bei einem 66jährigen Manne eine apfelsinengrosse schmerzlose Anschwellung in der rechten Submaxillargegend zu beobachten. Es bestand kein Fieber. Von der Mundhöhle aus fühlte man, dass der Wharton'sche Gang zu einem harten Strang umgewandelt war. Es wurde die Diagnose auf Speichelretention in der Glandula submaxillaris infolge Verschluss des Wharton-schen Gangs gestellt. Pat. wurde angewiesen, längs des Stranges am Mundboden häufig mit einem Stückchen Citrone zu reiben. Dadurch sollte die Speichel-secretion angeregt und die Muskelfasern des Ganges zur Contraction angereizt werden. In der That wurde nach einigen Tagen ein kleiner Pfropf — wahrscheinlich aus Epithelmassen bestehend — ausgestossen, worauf sehr reichliche Speichelabsonderung folgte. Nach 2 Monaten trat derselbe Zustand ein, ohne dass es auf diesem Wege gelang, eine Besserung herbeizuführen; es bestand Fieber und heftiger Schmerz. Der Tumor zeigte eine prall-elastische Consistenz; bei Druck auf den Ductus Whartonianus kamen aus der Ausführungsöffnung kleine Tröpfchen grünlichen Eiters. Der Tumor wurde gespalten und es entleerte sich eine grosse Menge sehr stinkenden Eiters. Bakteriologische Untersuchung des letzteren ergab das Vorhandensein von Streptococcus pyogenes und Proteus vulgaris.

Verf. ist der Ansicht, dass die vor 2 Monaten vorausgegangene Speichelretention in der Drüse und dem Ausführungsgang Verhältnisse geschaffen habe, die hier einen locus minoris resistentiae für eine von der Mundhöhle her ascendirende Infection setzten.

FINDER.

58) **Brin. Speichelsteine. (Calculs salivaires.)** *Société anatomique. 17. Juni 1904.*

B. zeigt drei Speichelsteine vor, von denen zwei spontan aus dem Ductus

Whartonianus entleert wurden. Der dritte von der Grösse einer Haselnuss wurde mittels Exstirpation entfernt.

PAUL RAUGÉ.

59) **Ragozzi. Guajacol bei Parotitis. (Guajacol in Parotitis.)** *The Journal of the American Medical Association. 21. Mai 1904.*

Verf. empfiehlt äusserliche Anwendung von Guajacol bei Mumps nach folgendem Recept:

Rp. Guajacol 4,0
Lanolin 40,0.
M. f. ung. S. zweimal täglich local anwenden.

Nach dieser Anwendung geht die Schwellung sehr bald zurück und die Schmerzen verschwinden.

EMIL MAYER.

60) **Géraud. Lymphadenom der Parotis. (Lymphadenome de la parotide.)** *Société anatomique. 8. Juli 1904.*

Der bei einer 66jährigen Frau entfernte Tumor besteht aus einem apfelsinengrossen Kern, der von dem cystisch aussehenden Drüsengewebe umgeben war. Es handelte sich um ein typisches Lymphadenom.

PAUL RAUGÉ.

61) **F. Kiesow. Zur Kenntniss der Nervenendigungen in den Papillen der Zungenspitze.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 35. H. 3 bis 4. S. 252.*

Zeigt, dass in der Zunge von Macacus sinicus ein terminaler Nervenplexus vorkommt, der als Tastorgan aufzufassen ist. Vorher von Fusari für die Katze nachgewiesen.

J. KATZENSTEIN.

62) **Augier. Vier Fälle von schwarzer Haarzunge. (Quatre cas de mélanotrichie linguale.)** *Journal de sciences méd. de Lille. 23. Juli 1904.*

In zwei der mitgetheilten Fälle führte Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd in kurzer Zeit zum Verschwinden der Schwarzfärbung und der Haarbildung. In einem Fall musste die Excision gemacht werden. Histologisch stellen sich die fadenförmigen Gebilde dar als in Verhornung begriffene Epithelzellen und als Hypertrophie der Papillae filiformes. Die Aetiologie ist noch im Dunkel.

A. CARTAZ.

63) **A. Mauté** und **C. Orniel. Sarkom der Zunge. (Sarcome de la langue.)** *Société anatomique 8. Juli 1904.*

Demonstration von Präparaten. Der Tumor sass auf der Zunge eines 20jährigen jungen Mannes; nach der Operation trat sofort Recidiv auf; nach abermaliger Operation blieb Patient recidivfrei. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelt.

PAUL RAUGÉ.

64) **Campbell Brown Keenan. Sarkom der Zunge. (Sarcoma of the tongue.)** *Annals of Surgery. Juni 1904.*

Pat. war ein 47jähriger Mann; der Tumor sass auf dem Zungenrücken. Die obere Portion des Tumors wurde operativ entfernt; die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelte. Erst einen Monat später wurde die

Totalexcision gestattet. Bald darauf zeigte sich ein Tumor in der Magengegend, der inoperabel war. Sieben Monate später starb der Patient. Die Section ergab, dass es sich um einen Tumor von derselben Beschaffenheit handelte, wie es der auf der Zunge gewesen war.

EMIL MAYER.

65) **J. J. Richardson. Hypertrophische Zungentonsillen. (Hypertrophied lingual tonsils.)** *American Medicine. 3. September 1904.*

Das Beseitigen der Hypertrophie mit schneidenden Instrumenten hat dem Verf. sehr gute Resultate gegeben; bei tuberkulösen Patienten soll die Operation nie gemacht werden, da sich aus der Wundfläche leicht ein tuberculöses Ulcus bildet.

EMIL MAYER.

66) **Sendziak. Ein Fall von primärem Zungentonsillencarcinom. (Pak pierwotny jezykowego.)** *Nowiny Lekarskie. No. 4. 1904.*

Bei einem 62jähr. Manne, der seit einigen Monaten über Schmerz und Schluckbeschwerden, dabei auch über Rachenblutungen klagte, constatirte Vf. an der Radix der Zunge in der Gegend der Zungentonsille, überhaupt auf der linken Seite eine ulceröse Geschwulst. Das Geschwür war tief mit harten Seiten und höckerigem Boden. Epiglottis war stark infiltrirt, das linke Stimmband unbeweglich in Medianposition. Die linken Halsdrüsen waren stark geschwollen.

Da der Kranke vor 30 Jahren an Syphilis litt, applicirte Verf. einige Zeit in diesem Falle antisyphilitische Therapie, die doch ohne sichtlichen Erfolg blieb. Das betreffende Leiden diagnoscirte Verf. als primäres Zungentonsillencarcinom. Die mikroskopische Untersuchung war nicht ausgeführt.

A. SOKOLOWSKI.

67) **Sendziak. Ueber primären Krebs der Zungenmandel.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1904.*

Exulcerirter Tumor bei einem 62jähr. Manne mit Infiltration der Epiglottis und Paralyse des linken Posticus und starken recidivirenden Blutungen.

SCHECH.

68) **Liwinowicz. Ein Zungentonsillotom.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 3. 1904.*

Modification des Schötz'schen Tonsillotoms mit flacherer Krümmung.

SCHECH.

d. Diphtherie und Croup.

69) **Oliveira Castro** (Madrid). **Diphtherie. (Difteria.)** *Revist. de Medicin. Contemporán. December 1902 y Januar 1903.*

Der ausführlichste Theil der Arbeit des Verf.'s behandelt die Anwendung des Calcium sulfur. in der Therapie der Diphtherie, welches bemerkenswerthe Resultate geben soll und in allen klinischen Formen der Infection angewandt werden sollte.

R. BOTEY.

70) **James R. Ely. Localbehandlung der Diphtherie. (Local treatment of diphtheria.)** *Virginia Medical Semi-monthly. 8. Juli 1904.*

Verf. hält Localbehandlung für durchaus nöthig und zwar bedient er sich

der Milchsäure und des Formalins; daneben empfiehlt er frühzeitige und reichliche Anwendung von Serum. EMIL MAYER.

71) **W. R. Ramsey. Die gegenwärtige Therapie der Diphtherie. (The present treatment of diphtheria.)** *St. Paul Medical Journal. Mai 1904.*

Wenn Antitoxin frühzeitig gegeben wird, so wirkt es in 95 pCt. der Fälle von Diphtherie als Specificum; selbst in Fällen, die erst spät in Behandlung kommen, wird die Mortalität stark reducirt. Jedoch ist es erforderlich, gehörige Mengen anzuwenden. Die postdiphtherischen Lähmungen scheinen nach Anwendung des Antitoxins nicht seltener zu sein, als vorher. Da wo das Herz Zeichen von Schwäche zeigt, sollen Eingriffe, wie Intubation und Tracheotomie, nur bei horizontaler Lage des Patienten ausgeführt werden. EMIL MAYER.

72) **J. Clarke Miller. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (The diagnosis and treatment of diphtheria.)** *American Medicine. 19. März 1904.*

Folgendes sei aus den Ausführungen des Verf.'s hervorgehoben: In jedem Fall von wirklicher Diphtherie findet sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus. Nach dem Verschwinden der Membranen findet man zwar auch noch Bacillen; es gelingt aber nicht mehr, sie zu züchten; wogegen bei Patienten, bei denen die Initialsymptome der Infection, wie Fieber, Kopfschmerz, Halsentzündung, aber noch keine Membranen vorhanden sind, Bacillen vorhanden sind und in der Cultur üppig wachsen. Es scheint, dass wenn das Wachsthumsvermögen der Bacillen aufgehoben, in gewissem Grade auch ihre Gefährlichkeit als Infectionsträger herabgemindert ist.

Was die Behandlung anbetrifft, so besteht dieselbe, abgesehen von allgemein hygienischen und präventiven Massregeln, die Verf. genau schildert und bei denen reichliche Desinfection mit Sublimat und Formalin die Hauptrolle spielen, in Darreichung von Calomel und zwar 0,1 alle Stunde, 12 bis 24 Stunden hindurch, dann dieselbe Dosis alle 2 Stunden Alle 3 Stunden wird mit einer Chlorkalilösung, der Tinctura ferri oder Formaldehyd zugesetzt wird, gegurgelt. Zeigt eines der Kinder in der Umgebung des Erkrankten Initialsymptome der Erkrankung, so wird ebenfalls mit Calomeldarreichungen begonnen. Bei Diphtherie des Larynx wird sofort Antitoxin angewandt. Verf. möchte im Ganzen lieber das Antitoxin, als die Calomelbehandlung entbehren. EMIL MAYER.

73) **S. C. Prescott. Radiumstrahlen und Diphtherie. (Radium rays and diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 17. September 1904.*

Experimente, die am technologischen Institut von Massachusetts angestellt worden sind, haben gezeigt, dass Culturen von B. coli, Diphtheriebacillen und Saccharomyces, wenn sie weniger als 90 Minuten lang den Radiumstrahlen ausgesetzt sind, keinerlei zerstörende Einwirkung der Strahlen zeigen. Verf. kommt auf Grund dieser seiner Versuche zu dem Ergebniss, dass die Einführung von Radium in den Mund der Patienten, um auf diese Weise die Vernichtung der Diphtheriebacillen herbeizuführen, ohne Aussicht auf Erfolg sei und keineswegs eine Antitoxinbehandlung ersetzen könne. In den Fällen, in denen mit Radiumbehandlung angeblich ein Erfolg bei Diphtherie erzielt worden sein soll, kann es

sich nach Ansicht des Verf.'s nicht um eine Vernichtung der Bacillen durch die Radiumstrahlen handeln.

LEFFERTS.

74) **Chas. G. Kerley. Wie und wann ist Antitoxin bei Diphtherie anzuwenden? (How and when to use antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1904.*

Das Antitoxin soll in jedem Fall acuter Erkrankung angewandt werden, wenn sich Pseudomembranen in Hals oder Nase zeigen. Auch in zweifelhaften Fällen gebe man erst Antitoxin und lege dann Culturen an und warte nicht auf den Ausfall des Culturverfahrens. Je frühzeitiger das Antitoxin angewandt wird, desto geringere Mengen davon sind erforderlich. Verf. hat 66 Fälle in seiner Privatpraxis mit Antitoxin behandelt: die Patienten waren 9 Monate bis 10 Jahre alt. 16 von den Fällen mussten intubirt werden, 14 bekamen die Seruminjection bereits am ersten Tage, davon musste sie bloss bei 1 Fall nochmals wiederholt werden. Von den 24 Fällen, die am zweiten Krankheitstage in Behandlung kamen, erforderten 19 nur eine Injection, bei 4 musste die Injection am dritten Tage wiederholt werden, einer bekam 4 Injectionen. Ein Fall, der erst am 6. Tage in Behandlung kam, erhielt 5 Injectionen, im Ganzen 14000 Immunitätseinheiten. Antitoxin soll auch in Fällen von Kehlkopfstenose gegeben werden. In den 16 Kehlkopffällen, die operativ behandelt werden mussten, starben 3, die erst in Serumbehandlung genommen waren. Jedes der Infektionsgefahr ausgesetzte Kind soll zu Präventivzwecken geimpft werden. Verf. giebt Kindern, die am zweiten Tag in Behandlung kommen, 3000 I.-E. ohne Rücksicht auf das Alter; nach 3 Tagen soll die Anfangsdosis 5000 I.-E. sein, die, wenn keine Besserung zu bemerken ist, nach 12 Stunden wiederholt werden soll. Die Injectionen werden in die Abdominalhaut gemacht. Bei 20 pCt. der Patienten zeigt sich nach der Injection Urticaria. Nephritis kam keinmal vor. In 4 Fällen entwickelte sich eine leichte Paralyse.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Oltuszewski** (Warschau). **Pathogenese und Behandlung der spastischen Aphonie und Falsetstimme.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Mai-Juni 1904.*

Wenn die spastische Aphonie auch scheinbar isolirt in der Gestalt von Unterbrechungen in der Sprache oder der herausgepressten Stimme erscheint, so kommt O. doch auf Grund seiner Beobachtungen, von denen er 5 Fälle mittheilt, zu dem Schlusse, dass sie nichts anderes sei, als das gänzliche oder tonische Stimmstottern der Muskeln, welche die Stimmritze schliessen, eventuell das Athmungsstottern, das von den tonischen Krämpfen des Zwerchfells und der Brustmuskeln abhängig ist. In Betreff der Falsetstimme hält sich O. für berechtigt, dieses Leiden als ein der sogenannten spastischen Aphonie ähnliches zu betrachten, allein mit dem Unterschiede, dass die Krämpfe sich in den vorderen Muskeln des Kehlkopfes localisiren und dass das Leiden selbst zur Pathogenie der krampfhaften Dysarthrie zu zählen ist, welche entweder eine Varietät des Stotterns darstellt, oder eine mit

dem verwandte Störung. Es wird demnach zur Behandlung dieser Störung die Heilgymnastik, welche wir beim Stottern anwenden, zum Ziele führen. SEIFERT.

76) **F. Schleissner** (Prag). **Ueber Sprachgebrechen.** (Nach einem Vortrage.) *Prager med. Wochenschr. No. 25. 1904.*

Abgehandelt werden nur die Störungen der Articulation, also die Dysarthrien, die der Autor wieder in Dyslalien und die eigentlichen oder centralen Dysarthrien eintheilt, die entweder durch organische Läsionen bedingt oder rein functioneller Natur sind.

Zunächst bespricht Sch. die Ursache des Stotterns: die Spasmen der Athmungsmuskulatur, den tonischen Krampf der stimmgebenden Muskulatur des Larynx sowie der Articulationsmuskulatur, der Lippen und Zunge, ferner wird der Mitbewegungen z. B. der mimischen Muskulatur Erwähnung gethan und werden die Theorien der Ursache des Stotterns erörtert. Bei Knaben kommt Stottern dreimal so häufig vor, als bei Mädchen, auch späterhin wird das männliche Geschlecht häufiger befallen. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt der Autor die systematischen Respirations- und Articulationsübungen, wobei auch der suggestive Werth der persönlichen Einwirkung des Arztes nicht unterschätzt werden darf. Von anderen Sprachgebrechen erwähnt Sch. das Poltern, die Aphthongie, die Lalophobie, das Stammeln, das Lallen. Zum Schlusse werden einige organische Leiden aufgezählt, die für die Deutlichkeit der Sprache in Betracht kommen als Defecte des Gaumens, Nasenverstopfung etc. CHIARI-HANSZEL.

77) **G. Hudson Makuen. Verzögerte Entwickelung der Sprache bei jungen Kindern. (Retarded development of speech in young children.)** *N. Y. Medical Record. 1904.*

Verf. weist, nachdem er auch die übrigen Ursachen für verzögerte Entwicklung der Sprache hat Revue passiren lassen, besonders auf die verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit hin und auf die Folgen, die letztere auf die geistige Entwicklung des Kindes hat. Es werden manche Kinder, die nur harthörig sind und in Folge dessen mangelhaft sprechen gelernt haben, unrechtmässiger Weise in Anstalten für Imbecille gebracht. Verf. sagt, dass Kinder bisweilen an einer intellectuellen Krankheit leiden; sie müssen dann trainirt und erzogen werden, am besten nach der Urbantschisch'schen Methode. Er berichtet einen Fall, der den Werth dieser Methode illustrirt. LEFFERTS.

78) **Sidney Jankauer. Larynxtuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Uebersicht über die in den letzten Jahren über diesen Gegenstand veröffentlichte Literatur. EMIL MAYER.

79) **W. G. B. Harland. Der Kehlkopf bei beginnender Lungentuberculose. (The larynx in beginning pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1904.*

Bericht über einige Fälle, die den Werth einer gründlichen Kehlkopfuntersuchung für Diagnose und Prognose der Lungentuberculose veranschaulichen sollen. LEFFERTS.

80) **Gaudier. Ueber die Tracheotomie im Verlauf der Kehlkopftuberculose. (De la tracheotomie au cours de la tuberculose du larynx.)** *Echo méd. du Nord. 18. Juni 1904.*

Verf. hat in 7 Fällen von Larynxtuberculose wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie machen müssen. In zwei dieser Fälle, in denen die Lungentuberculose noch wenig vorgeschritten war, hatte die Tracheotomie eine ausgesprochene Besserung des Allgemeinzustandes zur Folge; die anderen waren in extremis operirt und gingen bald zu Grunde. Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen und der anderer Operateure zu dem Ergebnisse, dass die Tracheotomie von Nutzen sein kann, wenn die Erkrankung des Larynx noch nicht zu vorgeschritten ist, wenn noch keine tiefen Ulcerationen vorhanden sind und die Lungen noch nicht zu stark afficirt sind. An und für sich führt die Tracheotomie keine Verschlechterung des Lungenleidens herbei.

A. CARTAZ.

81) **Bulling. Inhalation von phenylpropriolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1904.*

Mittheilung von 3 Fällen mit günstigem Resultat. Die Inhalationen erfolgen 2 Mal täglich eine halbe Stunde lang bei einer Anfangstemperatur von 25—30°, später 42—43, ja selbst 45°. Die letzten Minuten wieder mit 35°. Dosirung $^1/_2$—3 proc. Lösung allmälig steigend. Die anderen Methoden, namentlich die diätetischen, werden dabei natürlich nicht überflüssig.

SCHECH.

82) **Elkan** und **Wiesmüller. Ueber Inhalationsversuche mit phenylpropriolsaurem Natron nach Bulling.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1904.*

Die Versuche waren im Allgemeinen günstig, wenn auch keine völlige Heilung erzielt wurde; der Auswurf und die Bacillen nahmen ab, ja, verschwanden sogar, Kehlkopftuberculose wurde ebenfalls günstig beeinflusst. Die Expectoration bedeutend erleichtert.

SCHECH.

83) **Bulling. Inhalation mit phenylpropriolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1904.*

Das Präparat ist von den Höchster Farbwerken zu beziehen und kommt in 1—3 proc. Lösung zur Verwendung in einer Quantität von je 200,0. 2 Mal täglich. B. sah guten Erfolg bei tuberculösen Geschwüren des Larynx.

SCHECH.

84) **Frese. Die Beziehungen zwischen Kehlkopf und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13t 1904.*

Neu an der Arbeit sind nur die Impfversuche an Hunden mit tuberculösem Material, das von einer Tracheotomiewunde oder vom Mund aus in die Lungen gebracht wurde; nur bei einem Hunde unter 5 gelang es, mittelst Sputum den Larynx zu inficiren; die tuberculöse Infiltration bildete sich unter dem intacten Epithel aus. F. meint, beim Menschen erfolge die Infection des Kehlkopfes nur durch des Sputum, nicht von der Blut- und Lymphbahn aus.

SCHECH.

85) **W. Gleitsmann. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juni 1904.*

Verf. hält das gelegentliche Vorkommen primärer Larynxtuberculose für er-

wiesen. Er verfügt über 2 Fälle schwerster Larynxtuberculose, die mit sehr energischer Behandlung geheilt wurden und bei denen weder vorher noch nachher ie das geringste Zeichen einer Lungenerkrankung nachweisbar war. Bei dem einen Fall datirt die Heilung seit 15 Jahren, bei dem anderen seit 6 Jahren. Zu den Anfangssymptomen der Kehlkopftuberculose rechnet Verf. auch gelegentlich Internusparese. Besonders verdächtig soll stets die Verdickung der Hinterwand sein: Verf. hat bisweilen nur durch den günstigen Erfolg einer Cauterisation hierbei Tuberculose ausschliessen können. Er bedient sich zu dieser Aetzung Argent. nitr., das an eine Sonde angeschmolzen ist. In anderen Fällen erweist sich das Tuberkulin als diagnostisches Hülfsmittel. Bezüglich der Behandlung weist Verf. auf die Nutzlosigkeit der Anwendung von Milchsäure bei Infiltration und intacter Schleimhaut hin. Die chirurgische Behandlung hat in geeigneten Fällen durchaus ihre Berechtigung.

EMIL MAYER.

56) **Lorenzo B. Lockard. Medicamentöse Behandlung von Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf die Anwendung von Formalin. (Medical treatment of laryngeal tuberculosis with special reference to the use of Formalin.)** *The Laryngoscope. October 1904.*

Ohne einer kritiklosen und in allen Fällen gerechtfertigten Anwendung des von ihm empfohlenen Mittels das Wort reden zu wollen, hält Verf. doch das Formalin für das beste — bisweilen fast specifisch wirkende — therapeutische Agens bei Larynxtuberculose und zwar aus folgenden Gründen:

1. Es übertrifft alle andern bactericiden Lösungen in einer therapeutisch verwendbaren Concentration.
2. Bei tuberculösen Geschwüren kommt es der Milchsäure an Wirkung gleich, ja übertrifft sie wahrscheinlich.
3. Seine Wirkung bei tuberculösen Wucherungen ist ausgesprochen, ebenso wirkt es sehr günstig bei Infiltraten.
4. Es besitzt etwas anästhesirende Eigenschaften.
5. Es kann ohne Bedenken in den Händen des Patienten gelassen werden.
6. Es ist bei jeder der verschiedenen Formen der Krankheit verwendbar.

EMIL MAYER.

57) **Thomas J. Gallaher. Tuberculöse Laryngitis; Prognose und Behandlung. (Tubercular laryngitis; prognosis and treatment.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. October 1904.*

Verf. räth, dem Kehlkopf täglich mehrere Male mit einer ganz schwachen Formaldehydlösung zu sprayen, sowie eine stärkere (3—5 proc.) Lösung zur lokalen Application zu benutzen, auf welche dann eine Einblasung von Aristol oder Orthoform zu folgen hat, sowie intratracheale Injection von Mentholöl. Das Formaldehyd soll stündlich in die Schleimhaut eingerieben werden. Seine Erfahrungen sind sehr günstige.

EMIL MAYER.

58) **Robert Levy. Die Prognose der Lungentuberculose. (The prognosis of laryngeal tuberculosis.)** *The Laryngoscope. October 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

89) W. W. Mangum. **Intratrachealinjectionen bei der Behandlung von Lungentuberculose. (Intratracheal injections in the treatment of pulmonary tuberculosis.)** *Albany Medical Journal and Curbile Medical and Surgical Journal. Mai 1904.*

Es kommt eine 5proc. Lösung von Ichthyol in Leberthran zur Anwendung und zwar werden circa 4 g auf einmal ohne Hülfe des Laryngskops injicirt. Die Injectionen werden täglich gemacht; die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 4 Wochen. Von 21 Fällen werden 15 (75 pCt.) als geheilt angeführt; in 95 pCt. der Fälle war Heilung oder Besserung vorhanden. EMIL MAYER.

90) P. S. Donnellan. **Weitere Erfahrungen über Intratrachealbehandlung. (Further experiences with intratracheal medication.)** *American Medicine. 14. Mai 1904.*

Mittels einer besonders construirten Spritze werden die Medicamente bei einer Temperatur von circa 40° unter Leitung des Spiegels in den vorher cocainisirten Kehlkopf eingespritzt und zwar verwendet Verf. Creosot, Menthol, Guajacol, Camphor oder Chloreton in 1—4proc. Lösung in Olivenöl oder Glycerin. Mittheilung über fünf gebesserte Fälle. EMIL MAYER.

91) Barrier-Bouret. **Behandlung der Lungentuberculose mit intratrachealen Injectionen. (Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales.)** *Thèse de Montpellier 1904.*

Verf. giebt eine allgemeine Uebersicht über die verschiedenen Methoden der intratrachealen Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Mendel'schen Untersuchungen. Er verwirft das Vorgehen dieses Autors, sieht aber in den intratrachealen Injectionen ein wirksames Mittel zur Behandlung der Tuberculose.

A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

92) H. Cristiani. **Erhaltung von lebendem Thyreoideagewebe in physiologischer Kochsalzlösung. (Conservation de tissu thyroidien vivant dans l'eau salée.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 5. p. 194.*

Kleine Stückchen von Thyreoideagewebe können mit Erfolg verpfropft werden, nachdem sie einige Zeit in physiologischer Kochsalzlösung gelegen haben.

J. KATZENSTEIN.

93) M. Doyon und M. Kareff. **Ueber die Glandulae parathyroideae der Schildkröte. (Les parathyroïdes chez la tortue [Tortue d'Afrique].)** *C. R. Soc. de Biol. T. 56. No. 15. p. 719.*

Die Zerstörung einer Parathyroidea ist ohne Einfluss. Die Zerstörung beider Parathyroideae ruft Krämpfe hervor und führt den Tod herbei. Die Abtragung des Thyreoideakörpers ist ohne Einfluss. J. KATZENSTEIN.

94) C. Ceni. **Wirkungen der Thyreoidectomie auf die Fortpflanzungsfähigkeit und die Nachkommenschaft.** *Riv. di fren. Fasc. IV.*

Der in Folge von Läsion oder Abtragung der Schilddrüse bei den Vorfahren

auftretende Erkrankungszustand übt eine schädliche Wirkung auf ihre Geschlechtselemente (Ei und Spermatozoen) aus, welche nach der Befruchtung mehr den Eitheil, welcher zur Bildung der Eihäute bestimmt ist, als jenen, der zur Bildung des Embryonalkeims bestimmt ist, beeinflusst. Ferner entfaltet die Abtragung der Schilddrüse eine schädliche Wirkung vor allem auf die weiblichen Geschlechtsorgane, indem sie deren Fortpflanzungsfähigkeit vermindert oder hemmt. FINDER.

95) Cantonnet. **Zwei Fälle von Morbus Basedow forme fruste mit psychischen Störungen. (Deux cas de goître exophthalmique fruste avec troubles psychiques.)** *Société de neurologie. 2. Juni 1904.*

Es handelte sich um zwei Fälle von wirklicher Geistesstörung, in denen die psychischen Störungen alle anderen Symptome des Morbus Basedow überwogen.

PAUL RAUGÉ.

96) Laiguel-Lavastine und P. Bloch. **Morbus Basedow bei einer Tuberculösen. (Syndrome de Basedow chez une tuberculeuse.)** *Société anatomique. 10. Juni 1904.*

Im vorliegenden Fall wird der Morbus Basedow als ein Frühsymptom mit beginnender Tuberculose aufgefasst. Man fand in der Schilddrüse perilobuläre Sclerose mit excessiver Proliferation der Endothelzellen, Pleuritis der linken Lungenspitze und tuberculöse Pericarditis. PAUL RAUGÉ.

97) Chas. H. Mayo. **Thyreodectomie wegen Morbus Basedow. (Thyreodectomy for exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juli 1904 und N. Y. Medical Journal. 17. September 1904.*

Verf. und sein Bruder haben in 130 Fällen von Struma operirt, wovon 40 Mal Morbus Basedow vorlag. Von letzteren starben 6 in Folge der Operation und zwar waren unter den ersten 15 Fällen 4 mit tödtlichem Ausgang, weil die Fälle nicht mit genügender Vorsicht zur Operation ausgewählt waren, während unter den letzten 25 Fällen nur 2 starben. Sehr schwere Fälle wurden mit Röntgenstrahlen und innerlicher Darreichung von Belladonna ein paar Wochen vor der Operation behandelt. In allen Fällen, die die Operation überlebten, war eine deutliche Besserung nachweisbar. Von ihnen machten 50 pCt. eine sehr schnelle Genesung durch, bei 25 pCt. trat diese nach einigen Monaten auf und bei 25 pCt. blieben noch einige der hauptsächlichsten Symptome bestehen. LEFFERTS.

98) W. G. Mac Collum. **Ueber den Mechanismus des Exophthalmus. (On the mechanism of exophthalmos.)** *N. Y. Medical News. 15. October 1904.*

Verf. hat einige Experimente angestellt, um die Entstehung der Protrusio bulbi zu erklären; wenn er auch zugiebt, dass die bei Thieren in Folge Störung der Circulation oder Reizung des Halssympathicus herbeigeführte Protrusio nicht ohne Weiteres der bei Morbus Basedow bestehenden identisch zu setzen sei. Aus seinen Experimenten schliesst er: Verlegung des Blutabflusses aus den Orbitalvenen führt sogleich Exophthalmos herbei, der jedoch durch Bildung eines Collateralkreislaufs wieder aufgehoben wird. Dieser Vorgang vollzieht sich jedoch so langsam, dass in der Zwischenzeit das Orbitalgewebe sowohl wie das Gewebe des

Gesichts einen ödematösen Charakter bekommt, was noch zu dem Exophthalmos hinzukommt. Vollkommen unabhängig von jeder Circulationsstörung ist der Exophthalmos, der direct durch Reizung des Halssympathicus entsteht. Dieser ist auf peristaltische Contraction des Orbitalmuskels zurückzuführen.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

99) **Tamerl** (Innsbruck). **Pemphigus des Oesophagus.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 29 resp. 34. 1904.*

Unter anderen Localisationen traten Pemphigusblasen resp. anderweitige Erscheinungen auch im Oesophagus und zwar knapp unter dem Larynx und auch in der Nähe des Hiatus auf, die mittelst ösophagoskopischer Röhre deutlichst zu beobachten waren und zu Stenosirung der Speiseröhre führten.

CHIARI.

100) **Balacescu** und **Kohn** (Bukarest). **Die äussere cervicale Oesophagotomie zur Extraction von Fremdkörpern im Oesophagus.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 72. Bd. 2. H. 1904.*

In der statistischen Arbeit (an der Hand von einem eigenen und 325 aus der Literatur gesammelten Fällen) besprechen die Verf. die Oesophagotomie und schliessen einige besondere Bemerkungen über die künstlichen Gebisse an, welche Anlass zur Oesophagotomie geben. Sie betonen, dass die Zahntechniker danach zu streben haben, technisch geeignete Schutzmittel zu finden, um in Zukunft das Verschlucken der Gebisse zu verhüten.

SEIFERT.

101) **Geribel. Fremdkörper des Oesophagus. Oesophagotomia externa. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomie externe. Guérison.)** *Société de chirurgie. 8. Mai 1904.*

Ein grosses künstliches Gebiss wurde während des Schlafs verschluckt. Die Radiographie gab kein klares Bild. Oesophagotomia externa; Naht in 2 Etagen, Drainage, Heilung.

PAUL RAUGÉ.

102) **Barjou. Fremdkörper des Oesophagus; Perforation der Trachea. Broncho-pneumonie. (Corps étranger de l'oesophage; perforation de la trachée; Broncho-pneumonie.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 24. Mai 1904.*

Der Fremdkörper war ein halber Apfel.

PAUL RAUGÉ.

103) **Marx. Complicirte Fremdkörperperforation eines Tractionsdivertikels des Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1904.*

Kleine zeltförmige Ausziehung der Oesophagus, deren Spitze in eine kleine schwartig begrenzte Höhle mündet; oberhalb derselben und nicht mit ihr communicirend findet sich ein zweiter grösserer spaltähnlicher Hohlraum; in beiden Höhlen finden sich Knochenstückchen, eins in der grösseren Höhle, zwei in der kleineren; von den letzteren sitzt das eine an der Mündungsstelle des Divertikels, von dem anderen ragt eiue Zacke durch eine kleine Oeffnung in den Oesophagus,

daneben findet sich eine weitere rissartige Oeffnung. M. ist der Ansicht, dass der Fremdkörper zuerst den Oesophagus von innen nach aussen und dann wieder von aussen nach innen perforirt habe.

SCHECH.

III. Gesellschaftsberichte.

a) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. März 1904.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein stellt eine Patientin vor, die seit zwei Wochen an heftiger Dyspnoe und Heiserkeit leidet. Als Ursache für die erstere findet sich eine perverse Action der Stimmlippen, die Coordinationsstörungen in der Bewegung der Stimmlippen sind functioneller Natur. Diagnose: Hysterie.

Discussion: Roth konnte in einem ähnlichen Falle mit Bromkali Erfolg erzielen.

Glas: Histologische und anatomische Präparate jener Hypertrophien und Polypen der Kieferhöhlenschleimhaut, welche bei der breiten Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus (Chiari) in dem in der Februarsitzung vorgestellten Falle von Antritis maxillaris perforans atque exulcerans entfernt wurden.

Ferner eine Initialsklerose der Nasenspitze, die dadurch zu Stande kam, dass eine secundäre luetische Frau der Patientin einen Furunkel der Nasenspitze mit ungereinigten Fingern öffnete.

Discussion: Heindl und Roth berichten über einschlägige Fälle.

Menzel demonstrirt das anatomische Präparat einer zweigetheilten Stirnhöhle, wobei die Scheidewand horizontal verläuft.

Discussion: Weil meint, dass der untere Hohlraum mit der Stirnhöhle nichts zu thun hat, sondern dass derselbe eine medialwärts angelagerte Siebbeinzelle darstellt.

Sitzung vom 13. April 1904.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein berichtet über den Verlauf der Erkrankung jener Patientin mit Hysterie, die in der Märzsitzung von ihm vorgestellt wurde, dass nach einem Brechact alle Symptome schwanden, dass er in einem Falle von Pemphigus das Entstehen und Verschwinden einer grossen Blase sehen konnte, und demonstrirt einen Knaben mit einem histologisch sichergestellten Haemangiom am harten Gaumen.

Discussion: Chiari berichtet über zwei Fälle von Haemangiom, wovon eines am harten Gaumen, das andere an der Hinterfläche der Uvula sass.

Kahler stellt eine Patientin mit congenitaler, knöcherner, intranasaler Choanalatresie vor, die die untere Hälfte der Choane freilässt.

Discussion: Hanszel weist auf die Seltenheit der intranasalen Localisation hin.

Roth demonstrirt einen an der Grenze zwischen korpeligem und knöchernem Septum gestielt aufsitzenden Septumtumor, der sich histologisch als aus durchwegs neugebildeten Gefässen aufgebaut erweist und ein Angiosarkom (nach Paltauf) darstellt.

Discussion: Chiari verweist auf seine 1881 erfolgte Publication über Septumtumoren, die leicht bluteten, wonach die meisten dieser Tumoren Granulationsgeschwülste sind, mitunter aber auch Sarkome.

Marschik zeigt einen am kartilaginösen Septum breit aufsitzenden Tumor, der nach der histologischen Untersuchung eine Mischgeschwulst ist, wie sie häufig in der Parotis gefunden wird.

Roth demonstrirt eine von Rosenheim in München modificirte Beckmann'sche Cürette zur Operation adenoider Vegetationen.

Hierzu sprechen: Weil, Fein und Réthi.

Glas demonstrirt das anatomische Präparat einer Larynxphlegmone. Die Infection erfolgte durch Streptokokken. Exitus infolge Sepsis.

Discussion: Réthi, Chiari, Glas.

Sitzung vom 4. Mai 1904.

Glas stellt vor: a) eine klinisch primäre Tuberculose der unteren Nasenmuschel;

b) eine Tuberculose des Pharynx und Nasopharynx, welche im Anschluss an ein Trauma zu Stande kam.

Menzel ergänzt seine in der letzten Sitzung über die zweigetheilte Stirnhöhle vorgebrachten Bemerkungen dahin, dass es sich in diesem Falle nach genauerer Untersuchung um zwei im Stirnbein gelegene Höhlen mit selbstständigen Ausführungsgängen handelt, wovon er die obere grosse Höhle für eine abnorme Siebbeinzelle hält. Chiari-Hanszel.

b) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 3. December 1903.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: E. Pollacsek.

Irsai stellt einen Prolaps des Ventriculus Morgagni vor.

v. Navratil: Fall multipler Papillome, präventive Tracheotomie, Laryngofissur, Transplantation nach Thiersch.

36 Jahre alte Frau, seit 3 Jahren heiser, schweres Athmen, Nachts Erstickungsanfälle. Das Kehlkopfinnere ist mit auf breiter Basis sitzenden Pa-

pillomen erfüllt. v. N. hat nach präventiver Tracheotomie am 12. Tage den Kehlkopf eröffnet. Die dem Kehlkopfinnern ringförmig aufsitzenden Papillome wurden sammt der darunter befindlichen erkrankten Schleimhaut exstirpirt und behufs Vermeidung einer Narbenstenose Thiersch'sche Lappen transplantirt. Offene Wundbehandlung, ein Theil des Lappens heilte ein. Vortragender demonstrirt den vor 10 Tagen operirten Fall noch mit eröffnetem Larynx und wird denselben nach totaler Heilung nochmals vorstellen.

Discussion:

Tövölgyi plädirt für das endolaryngeale Operationsverfahren.

Pollacseck: Wenn die Papillome für die endolaryngeale Entfernung keine guten Chancen geben, so ist der Kehlkopf zu eröffnen. Wenn nach der Laryngofissur und der Entfernung der Papillome die gebildete Wunde nicht von zu grosser Ausdehnung ist, so dass die Narbe die Athmung nicht gefährdet, so ist der Larynx zu schliessen, sonst aber muss die Wunde offen gehalten und ein Lappen nach Thiersch transplantirt werden.

v. Lénart hält die Transplantation nach Thiersch nur dann für nothwendig, wenn die Papillome circulär aufsitzen.

Onodi erwähnt den Fall eines 14jährigen Knaben, dessen Papillome endolaryngeal entfernt wurden. Bei eingetretener Recidive machte O. die Laryngofissur, entfernte die Geschwülste und cauterisirte mit Paquelin und trotzdem recidivirten die Papillome.

v. Navratil: Nach seinem Verfahren sah V. niemals Recidive eintreten.

Onodi: Die Papillome entwickelten sich an den früher freien Stellen.

3. E. v. Navratil: Schnittwunde des Kehlkopfes, Tracheotomie, Heilung.

45 Jahre alte Frau schnitt sich in den Hals mittelst Rasirmessers. Hochgradige Anämie. 15 cm lange und 5 cm tiefe klaffende scharfrandige Schnittwunde des Kehlkopfes, Mm. sternocleidomastoidei beiderseits durchschnitten. Ein zweiter Schnitt, 3 cm lang, in der Höhe der Stimmbänder, 1 cm tief. Sofortige Tracheotomie, Vereinigung der Kehlkopfwände, in dem linken Winkel ein Jodoformgazestreifen eingelegt. Vortr. stellt die Pat. am 7. Tage nach der Verletzung vor. Wundränder vereinigt, Schlingbeschwerden nicht vorhanden. Vortr. hebt die Wichtigkeit sofort ausgeführter Tracheotomie in ähnlichen Fällen hervor.

4. Lipscher: Papillome im Kehlkopfe.

56jähriger Landmann, seit einem Jahre heiser, jetzt stimmlos; das linke Stimmband, die vordere Commissur mit kleineren und grösseren Geschwülsten ausgefüllt. Das rechte Stimmband verdickt, geröthet. Bewegungen der Stimmbänder beschränkt.

Endolaryngeale Operation. In Anbetracht dessen, dass Papillome in diesem Alter selten vorkommen und dass das klinische Bild Papillomen nicht ganz entsprach, konnte man an Epitheliom denken. Die mikroskopische Untersuchung ergab typisches Papillom.

Carl v. Schiller: Zwei Fälle von Recurrens-Lähmung.

a) 63 Jahre alter Tischler, seit 3 Monaten heiser, Schluckbeschwerden. Herzspitzenstoss im 5. Intercostalraume in der Mammillarlinie, zweiter Aortenton accentuirt. Herzaction asystolisch, arythmisch. Radial-Arterien rigid, geschlängelt. Puls 60, klein, aussetzend, arythmisch. In der Fossa jugularis, im Epigastrium Pulsation. Der Kranke kann feste Speisen schwer schlucken. Linkes Stimmband und Aryknorpel in der Mittellinie unbeweglich, Stimmband concav excavirt.

Röntgenbild zeigt eine diffuse cylindrische Erweiterung der Aorta ascendens, welche sich auf den Aortenbogen ausdehnt, woselbst sich eine beiläufig eigrosse, nach links sehende sackartige Ausbuchtung befindet, die ganze Vergrösserung pulsirt lebhaft.

b) 32 Jahre alte Frau leidet seit Jahren an Kropf und Heiserkeit. Seit einem Jahre erschwertes Schlucken und Athmen. Das rechte Stimmband in der Mittellinie fixirt, concav.

An der Kranken wird die Strumektomie ausgeführt werden.

Sitzung vom 18. Februar 1904.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

1. v. Navratil: Operirter Fall eines Fibroms des Nasenrachenraumes.

17jährige Magd. Seit 2 Jahren Nasenverstopfung. Kranke athmet mit weit geöffnetem Munde: Nachts Erstickungsanfälle. Sprache kaum verständlich. Die abgeflachte Zunge nach vorne gedrängt, der weiche Gaumen stark nach vorwärts gewölbt. Beim Herabdrücken der Zunge zeigt sich eine, den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende, blass röthlich gefärbte, glatte Geschwulst, deren Ränder die Gaumenwände berühren und deren unteres Ende unter das Niveau der Epiglottis herabreicht. Die Geschwulst ist prall, hart anzufühlen.

Präventive Tracheotomie, Abschnüren der Geschwulst mittelst einer in die Nase kalt eingeführten und vom Munde aus über die Geschwulst gewundenen und dann erglühenden galvanocaustischen Schlinge. Vollkommene Entfernung der Geschwulst. Keine Blutung. Decanülement am dritten Tage.

Vortragender stellt die vor 6 Tagen operirte Patientin vor und zeigt die 10 cm lange und 4 cm breite Geschwulst.

Discussion:

v. Lénárt meint, dass, da die Schleimhautoberfläche des Nasenrachenraumes glatt sei, es sich um einen selten grossen Schleimpolypen handle.

Morelli frägt, ob die präventive Tracheotomie unbedingt nöthig war?

v. Navratil: Den histologischen Befund wird er erbringen. Die präventive Tracheotomie musste wegen des grossen, bis in den Kehlkopf hineinragenden und Dyspnoë verursachenden Tumors ausgeführt werden.

2. Baumgarten: Prämenstruale Blutungen aus dem Kehlkopfe.

Patientin hustet seit über einem Jahr hindurch regelmässig monatlich einen Tag lang Blut, den anderen Tag tritt genau die Menstruation ein. Seit 4 Monaten fehlt dieses Symptom, da Patientin gravid geworden ist. Die Blutung muss also als eine prämenstruale bezeichnet werden.

3. Derselbe: Rechtsseitige Stimmbandlähmung aus unbekannter Ursache.

Bei einem 18jährigen Arbeiter ist das rechte Stimmband beinahe in der Mittelstellung fixirt, daher im zweiten Stadium der Recurrenslähmung. Lungen, Mediastinum, Herz und Gefässe normal, Sputumuntersuchung negativ. Patient arbeitet in einer Zündhölzchenfabrik. Bisher ist es unbekannt, dass Phosphor Lähmungen erzeugen kann.

Discussion:

Pollacsek fand bei dem Kranken eine dem II. Intercostalraum entsprechende circumscripte Dämpfung.

Zwillinger: Schrumpfungsvorgänge an der rechten Lungenspitze sind klinisch oft nicht auszuschliessen.

v. Navratil: Es kann sich auch um ein vor der Hand noch nicht nachweisbares Aneurysma handeln wie in einem seiner Fälle.

Baumgarten: Vielleicht ist die Lähmung durch den Druck seitens einer Druse verursacht, doch ist der intoxicatorische Ursprung nicht abzuweisen.

4. Baumgarten: Exophthalmus, Ptosis und Diplopie, bedingt durch Ulceration des Septums.

Patient hat an dem entsprechenden Septum ein luetisches Geschwür. Nach Jodkali und localer Behandlung des Geschwürs bildeten sich Ptosis und Diplopie zurück und auch der Exophthalmus ward geringer.

Vortragender hält es für wahrscheinlich, dass von so einem Geschwür aus eine Infection erfolgt und die Lymphbahnen sowie auch die Halsdrüsen anschwellen, das retroorbitale Gewebe infiltrirt wird und diese Symptome erzeugt werden.

5. Derselbe: Keratosis laryngis.

Patient ist seit einem Jahre heiser, sonst gesund. Am laryngealen Theile der Epiglottis, an den falschen und wahren Stimmbändern und auch unter diesen sieht man kleinere und grössere, kugelige weisse Erhabenheiten, die mit dem Pinsel nicht abzuwischen sind. Im Mikroskop keine Mycelien, nur fibrinöse Massen und verhornte Schichten. Nach Salicyl-Alkohol-Pinselungen Besserung.

6. v. Schiller: Fall von circulärem Papillom auf endolaryngealem Wege operirt.

52 Jahre alter Mann ist seit 10 Jahren heiser. Grosse Geschwulst, welche den ganzen Kehlkopfeingang einnimmt, blassroth, warzenartig, blumenkohlähnlich. Histologische Untersuchung Papillom.

Nach 5maliger endol. Operation Entfernung der Geschwulst.

Vortragender war bestrebt, auch die unterliegende Schleimhaut, zur Verhütung einer Recidive, mit zu entfernen.

In ähnlichen Fällen, wenn noch Dyspnoë vorhanden, wäre nach v. Navratils Anrathen, vorhergehende Tracheotomie, Laryngofissur mit radicaler Ausräumung des Kehlkopfes und Entfernung der unterliegenden Schleimhaut vorzunehmen.

7. E. Tóvölgyi: Operirter Fall von Kehlkopfpapillom mit mikroskopischen Präparaten.

46jähriger Mann, seit 2 Monaten schweres Athmen, rechts eine schneeweisse, bohnenförmige Geschwulst mit zahlreichen spitzigen Zotten. Stimmritze nur in dem inneren Drittel von einigen Mm. frei. Endolaryngeale Operation in 6 Sitzungen. Nach einem Monate Recidive. Abermalige endolaryng. Operation mit nachfolgender Milchsäurebehandlung. Mikroskopisches Präparat zeigt zellreiches keratoides Gewebe. v. Navratil.

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Januar 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Kelson: Fall von Deformität im Pharynx bei einer 38jährigen Frau.

Die hinteren Gaumenbögen verlaufen zu der Mittellinie der hinteren Pharynxwand. Die Veränderung ist wahrscheinlich eine Folge von Ulcerationen während des Scharlachfiebers.

Logan Turner: Oedem und Infiltration von Uvula, linker Hälfte des Gaumensegels und Pharynx. Infiltration der Epiglottis und beider Aryknorpel.

Ein 44jähriger Mann war mitten im besten Wohlsein von einer acuten Entzündung im Hals befallen worden, die die Tracheotomie nöthig machte. Turner stellte bei der wenige Tage nachher vorgenommenen Untersuchung das Oedem der oben bezeichneten Theile fest. Am 10. Tage konnte Pat. ohne Canüle athmen. Die ödematösen Theile hatten eine blasse Farbe. Antisyphilitische Behandlung hatte keinen Erfolg. Die mikroskopische Untersuchung eines von der Rachenwand entnommenen Stückchens ergab nichts ausser ödematöser Durchtränkung des Bindegewebes, Füllung der Blutgefässe und stellenweise Anhäufung der Rundzellen in den Gewebsmassen. Der Fall gleicht dem von Sir Felix Semon im November 1902 vorgestellten.

Sir Felix Semon betont, dass in seinem Fall die Vertheilung des Oedems nicht so allgemein war, auch fehlt hier die für den damals vorgestellten Fall charakteristische gelbe Farbe.

Kelson: Epitheliom des Cricoidknorpels.

Patientin ist eine 30jährige Frau.

Atwood Thorne: Bösartige Neubildung in der Nase.

Bei dem 70jährigen Patienten fand sich eine das rechte Nasenloch verlegende Geschwulstmasse; Untersuchung ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelte.

Betham Robinson: Syphilitische Nekrose des Keilbeins.

Pat. ist ein 26jähriger Mann, der vor 6 Jahren sich syphilitisch inficirt hat. Seit 2 Jahren heftige Kopfschmerzen, eitriger Ausfluss aus der rechten Nase und Schwellung in der rechten Temporalgegend. Mittels der Rhinoskopia posterior sah man einen von Polypen umgebenen Sequester; mit der Palpation konnte man feststellen, dass der innere Theil der Pterygoidplatte in Nekrose war. Verf. leitete eine antisyphilitische Behandlung ein, nach der die Schmerzen nachliessen und die Schwellung abnahm. Er will abwarten, bis der Sequester sich mobilisirt.

Sir Felix Semon hat einen ähnlichen Fall beobachtet, in dem der Sequester auch beweglich wurde; er warnt vor Extractionsversuchen.

Betham Robinson: Linksseitige Posticuslähmung.

Der Fall betrifft eine 31jährige Frau. Es sind unbestimmte Symptome von Syphilis vorhanden. Die Aetiologie des Falles ist nicht klar.

Watson Williams denkt an eine Forme fruste von Tabes mit Bulbärsymptomen, da der Pat. Tachycardie und Romberg'sches Symptom aufweist.

Permewan und D. Grant meinen, das Stimmband stehe in Cadaverstellung.

Pegler: Scheidewandverbiegung.

In diesem Fall hochgradiger Deviation war bereits vor 4 Jahren eine Operation gemacht worden und nach Fortnahme des Knorpels und Knochens im Bereich der Verbiegung war nur das Mucoperichondrium auf der concaven Seite stehen gelassen. Die distalen und proximalen Enden des stehen gebliebenen Knorpelrestes wurden durch eine einige Zeit in der Nase gelassene Cautschukeinlage in ihrer Lage gehalten. Bemerkenswerth ist, dass von dem Mucoperichondrium aus sich kein neuer Knorpel gebildet hat.

Hunter Tod hat gefunden, dass 6 Monate nach der Operation die Scheidewand viel härter war, als unmittelbar nach derselben, wenn auch nicht absolut fest.

De Santi: Fall von Kehlkopfschwindel.

Der Kranke, ein 55jähriger Mann, ist der Gesellschaft bereits im März 1899 durch Atwood Thorne vorgestellt worden. Die Anfälle von Husten mit nachfolgendem Schwindel und halber Bewusstlosigkeit, sowie von heftiger Dyspnoe haben seit jener Zeit angehalten. Diese waren oft so stark, dass man vor der Frage der Tracheotomie stand. Das rechte Stimmband ist in seiner Auswärtsbewegung beeinträchtigt.

W. G. Spencer: Tertiäre Syphilis des Kehlkopfs mit Stenose.

Sp. hat den Kranken der Gesellschaft vor 4 Jahren vorgestellt; es war damals wegen starker Stenose die Thyreotomie gemacht und das Narbengewebe entfernt

worden. Patient ist bisher seiner Beschäftigung nachgegangen, ohne irgendwie durch Athemstörungen belästigt zu werden. Er nimmt jedes Jahr 6 Wochen lang Jodkali.

Saint Clair Thomson: Völlige Lähmung des linken Stimmbandes.

Pat. ist eine 36jährige Frau; die Lähmung begann vor 2 Jahren. Das gelähmte Stimmband ist schlaff.

Derselbe: Zwei Fälle von blutendem Septumpolyp.

In beiden Fällen handelte es sich um kleine dem knorpligen Septum gestielt aufsitzende Tumoren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um Angiofibrome handelte. Es erfolgte kein Recidiv.

Tod, Tilley, der Vorsitzende, Kelson, Grant und Milligan berichten über hierher gehörige Fälle, in denen nach Entfernung des Tumors und gründlicher Cauterisation seiner Basis kein Recidiv erfolgt war.

Butlin: Epitheliom des Ringknorpels und des Oesophagus. Operation.

Der 44jährige sehr robuste Kranke leidet seit 10 Monaten an einem Carcinom der Ringknorpelplatte, das in den Oesophagus sich hinüberstreckt. Es bestand starke Drüsenschwellung im Nacken. Auf Wunsch des Patienten wurde eine Operation unternommen. Es wurde eine mediane Incision vom Zungenbein bis zum 3. Trachealring gemacht, dann ein Verticalschnitt in Höhe des Schildknorpels. Dann wurden die am Schildknorpel inserirenden Muskeln durchtrennt, sodass der Kehlkopf um seine Längsachse gedreht und seine Hinterfläche in das Gesichtsfeld gebracht werden konnte. Nachdem die Tracheotomie gemacht war und eine Hahn'sche Canüle eingeführt war, wurde der Oesophagustumor, der nur die vordere und linke Wand des Rohrs befallen hatte und mit der Hinterfläche des Larynx nicht verwachsen war, leicht entfernt. Bevor genäht wurde, wurde eine Oesophagussonde zum Zwecke der Ernährung des Kranken in die Wunde eingeführt. Neun Tage später wurden die Drüsen mittels einer zweiten Operation entfernt; dabei wurde der Sternocleido-Mastoideus und die Vena jugularis interna resecirt. Vier Monate später Recidiv. B. erwähnt noch 2 ähnliche von ihm gleichfalls ohne Erfolg operirte Fälle; er betrachtet diese Fälle als hoffnungslos. Es müsste denn die Diagnose sehr frühzeitig gestellt werden.

Sir Felix Semon hält diese Operationen, wenn sie von dem Patienten gewünscht werden, für gerechtfertigt, und erinnert an den Erfolg in den Gluck'schen Fällen. Immerhin bleibt der Zustand des Patienten, auch wenn er geheilt wird, oft ein bejammernswerther, worauf man seine Umgebung vor de Operation aufmerksam zu machen hat.

Watson Williams äussert sich in gleichem Sinne.

Shrubsall stellt für Percy Kidd einen Tumor am vorderen Ende des linken Stimmbands vor.

Patient ist tuberculös; der Tumor hat ein gelbes Aussehen und ist weich.

Dundas Grant: Fibrom am vorderen Ende des linken Stimmbands, theilweise mit der Zange und vollständig mittelst Galvanokaustik entfernt.

Die vollständige Entfernung des Tumors liess sich mit der Zange nicht ausführen, mit einem spitzen Galvanokauter wurde der Rest der Geschwulst völlig beseitigt.

Dundas Grant: Atrophie und Ansaugung der Nasenflügel mit Paraffininjectionen behandelt.

Bei der 29jährigen Patientin war die Nase sehr eng; die Nasenöffnungen waren zu zwei schmalen Ritzen reducirt, bei der Inspiration wurden sie völlig angesaugt. G. hat subcutane Paraffininjectionen gemacht, wobei er die Nadel ungefähr in der Mitte des freien Randes jedes Nasenflügels einstach, während ein Finger in das Nasenloch eingeführt wurde. Das Resultat war, dass die Nasenflügel genügend weit wurden und die Nasenflügel bei gewöhnlicher Atmung nicht mehr angesaugt wurden.

Sir Felix Semon und Butlin sprechen über die Schwierigkeit, die Dosirung nach Wunsch zu controliren.

Tilley theilt seine Erfahrungen über Anwendung von Paraffininjectionen bei Depression nach Stirnhöhlenoperationen mit. In einem Fall war wegen verzögerter Wundheilung eine Nachoperation nöthig.

Milligan betont die Gefahren der Paraffininjectionen und weist besonders auf das Wandern des eingespritzten Paraffins hin.

Dundas Grant zeigt Photographien eines Falls von Nasendeformität, die mit Paraffininjectionen behandelt ist.

Hunter Tod: 1. Fibrom der linken Stimmlippe bei einer 31jährigen Frau. 2. Sarkom des Nasenrachens.

Der Tumor ging wahrscheinlich vom Siebbein aus, verlegte die Tubenmündung; es bestanden grosse Drüsenanschwellungen am Hals.

Betham Robinson: Diaphragmaähnliche Verwachsung zwischen dem hinteren Theil der Zunge und der hinteren Pharynxwand.

Auf Syphilis zurückzuführen. Es besteht in dem Diaphragma eine Oeffnung von der Grösse eines Sixpence-Stückes.

Watson Williams: Kehlkopftumor.

Bei der 42jährigen Patientin findet sich eine der Epiglottis breitbasig aufsitzende runde Geschwulst, da wo das rechte Taschenband ansetzt. W. hat an derselben Stelle vor 6 Jahren ein Fibrom entfernt.

Sitzung vom 5. Februar 1904.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Eugene Yonge: Prof. Edmund Meyers Apparat zur Demonstration des Kehlkopfbildes.

Verf. ist damit beschäftigt, an dem Apparat eine Modification anzubringen, durch die er billiger werden soll.

Derselbe: Mikroskopische Präparate von Knochen und Weichtheilen in einem Fall von Polypen.

Die Präparate sind durch Autopsie von einem 52jährigen Mann gewonnen. Die Polypen fanden sich am vorderen Ende der mittleren Muschel. Es bestand keine Periostitis oder rareficirende Osteitis.

Lambert Lack sagt, dass ihm der Knochen sclerosirt erscheint. Er weist darauf hin, dass seiner Meinung nach Untersuchungen an Leichen zum Studium dieser Verhältnisse nur sehr bedingt zu verwerthen seien.

Burt: Ein Fall von zweifelhaftem gutartigen Rotz bei einem 49jährigen Mann.

Patient ist vor einem Jahr von einem Pferd gebissen worden. Es besteht Nasenverstopfung und Ausfluss aus der Nase. Man sah 3 Monate allgemeine Schwellung des Naseninnern, der hinteren Pharynxwand, des Gaumensegels und der Mandeln. Später hatte Patient ein Erysipel und acute Mittelohrentzündung. Der Rotzbacillus ist nicht gefunden worden.

Lambert Lack: Carcinom der Tonsille.

Bei dem 63jährigen Patienten bestand eine grosse Ulceration der linken Tonsille, die auf das Gaumensegel übergriff. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Die Operation wurde in 4 Phasen gemacht: 1. Eröffnung des vorderen Halsdreiecks, Ausräumung der geschwollenen Drüsen, Abtragung des Fetts und der Fascie, temporäre Unterbindung aller grossen Gefässe. 2. Tracheotomie. 3. Incision der Wange vom Mundwinkel bis zum aufsteigenden Oberkieferast. 4. Excision des Tumors und des umgebenden Gewebes vom Munde aus. Darnach wurde die Gefässligatur entfernt und die Halswunde geschlossen, die Trachealtube entfernt. Patient befindet sich 8 Monate nach der Operation wohl.

Derselbe: Fall von Endotheliom des Kehlkopfs.

Es handelt sich um eine 50jährige Frau mit tertiärer Syphilis der Zunge, des Gaumens und des Larynx. Alle diese Theile waren verdickt und verhärtet: die Epiglottis war zum Theil zerstört. Von der Vorderfläche des linken Larynxknorpels sprang eine grosse ödematöse Masse in das Lumen hervor. Infolge Dyspnoe wurde die Tracheotomie nöthig. Später wurde die Laryngofissur gemacht, um den Tumor, dessen endolaryngeale Entfernung nicht gelungen war, auf diese Weise zu entfernen. Bei dieser Operation fand man an der Aussenfläche des Schildknorpels eine neue Tumormasse von anscheinend maligner Natur. Mikroskopische Untersuchung eines entnommenen Stückchens ergab die Diagnose

Endotheliom. Die Wunde wurde gleich geschlossen. In den letzten 3 Monaten ist Patient etwas gebessert.

Derselbe: Endotheliom der Highmorshöhle.

50jähriger Mann mit tertiärer Syphilis. Im hinteren Theil des Gaumengewölbes bestand eine mit dem Antrum communicirende Perforation. Während der Behandlung entstand eine Schwellung in der rechten Fossa canina und in der Nase fand sich unterhalb der unteren Muschel eine blasse, unregelmässige, leicht blutende Masse. L. vermuthete Sequesterbildung im Antrum, eröffnete die Höhle breit von der Fossa canina aus und fand sie ausgefüllt von einem weichen gelatinösen Tumor. Mikroskopische Untersuchung eines Stückchens ergab, dass es sich um ein Endotheliom handelte. Es fanden sich kubische, stellenweise zu Haufen zusammenliegende Zellen, das Centrum der Zellstränge war bisweilen degenerirt, so dass ein von Schleim erfüllter alveolärer Raum blieb. Die Präparate ähnelten sehr denen der normalen Schilddrüse.

Derselbe: Exostose der Siebbeinregion mit Nasenpolypen.

Das Anfangssymptom bei der 22jährigen Patientin war Ptosis, danach zeigte sich am inneren Augenwinkel eine knochenharte Anschwellung, die Protrusio bulbi verursachte. Man vermuthete Siebbeinempyem. Bei der vom inneren Orbitalrand aus gemachten Operation fand man einen Knochentumor von elfenbeinharter Beschaffenheit. An demselben sassen einige Nasenpolypen.

Furniss Potter: Recidivirende Kehlkopfpapillome.

Seit 4 Jahren bestehen bei dem 28jährigen Mann recidivirende Kehlkopfpapillome, die alle 4—5 Wochen einen endolarygealen Eingriff nötig machten. Nur so ist es möglich, dem Patienten eine leidliche Stimme zu erhalten. Locale Anwendung von Salicyl- und Chromsäure hat kein Resultat gegeben.
Grant räth zu Applicationen von Formalin.

Atwood Thorne: Völlige Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes.

Das linke Stimmband steht fast in Mittelllinie unbeweglich. Es bestanden Anzeichen von Aortenaneurysma.

Donelan, Tilley, De Santi berichten über Fälle, in denen allein die Untersuchung mit Röntgenstrahlen zur Diagnose eines Aneurysmas führte.

Powell glaubt, da sich am Hals des Pat. Narben von einer augenscheinlich früher ausgeführten Drüsenoperation finden, dass Mediastinaldrüsen die Ursache der Lähmung sein können.

Carson hält rein centrale Läsion für wahrscheinlich, da auch der Facialis und Hypoglossus afficirt sind.

Atwood Thorne: Schmerzparoxysmen vom Kehlkopf ausgehend.

Pat. hat vor 8 Tagen angeblich einen Knochen verschluckt. Im Larynx fand sich nichts Pathologisches. Die Berührung eines hinter der Tonsille gelegenen Punktes löste einen Schmerzanfall aus. Wahrscheinlich Neurasthenie.

Atwood Thorne: Larynxtumor.

Bei der 45jährigen Patientin sieht man die rechte Stimmlippe verdickt durch einen von dem darüberliegenden Taschenband ausgehenden grauen, mit der Sonde abhebbaren Tumor. Ein kleinerer Tumor in der vorderen Commissur. Aus der Anamnese Verdacht auf Syphilis.

Saint-Clair Thomson, Smurthwaite, Potter halten den Fall für Tuberculose.

Carson: Kehlkopfgeschwür bei einem Phthisiker.

Die Diagnose schwankt zwischen Tuberculose und maligner Erkrankung.

Donelan: Fractur der Scheidewand und Einsinken der Nase, durch Operation und Paraffininjection gebessert.

Dundas Grant: Fall von Fixation des rechten Stimmbands mit starken Schluckschmerzen. Tuberculöse Perichondritis.

Es bestanden tuberculöse Veränderungen an beiden Lungenspitzen. Beide ary-epiglottischen Falten waren infiltrirt. Das rechte Stimmband steht unbeweglich. Vermutliche Diagnose: Tuberculöse Perichondritis des rechten Aryknorpels. Es wird die Frage aufgeworfen, ob der Aryknorpel entfernt werden soll.

Symonds hält eine maligne Erkrankung im oberen Theil des Oesophagus nicht für ausgeschlossen.

Dundas Grant: Chronisches Kehlkopfödem.

Es handelt sich um die am 6. Februar 1903 vorgestellte Patientin. Es ist unter Hg-Behandlung erhebliche Besserung eingetreten.

Ulceration des Pharynx mit Halsfistel und Oedem der rechten Larynxhälfte.

Es handelte sich um syphilitische Perichondritis der Aryknorpel nebst gummöser Infiltration der Gewebe des Halses und tertiärer Ulceration des Pharynx.

E. B. Waggett.

---

d) **Berliner laryngologische Gesellschaft.**

Sitzung vom 10. Juni 1904.

Davidsohn stellt ein 12jähriges Mädchen vor, das neben Lupus der rechten Schulter einen solchen des Zahnfleisches des Oberkiefers, des Nasenrachens, des harten und weichen Gaumens, Tuberculose des Larynx aufweist.

Discussion über den Vortrag Grabower's: Ueber die besondere Hinfälligkeit der Erweiterer der Stimmritze.

Katzenstein bemängelt, dass Grabower nicht das Verhältniss der Nervenfasern zu den Muskelfasern der einzelnen Muskeln festgestellt hat. K. schreibt den physiologischen Untersuchungen und Versuchen ein vielleicht grösseres Ge-

wicht zu als den anatomischen Grabower's, und die klinischen und experimentellen Untersuchungen sind in ihrem Werthe nicht zu unterschätzen.

Das Quantum der Nervenfasern ist nicht maassgebend für die Degeneration der Muskeln: wenn ein Nerv gedrückt wird, so verhalten sich alle von ihm versorgten Muskeln gleichmässig.

Grabower: Da die Serienschnitte ein genaues Bild geben, so ist es nicht nöthig, das Verhältniss der Nerven- zu den Muskelfasern besonders festzustellen. Physiologische Thatsachen geben wohl einen Beweis, aber keine Erklärung. Es ist nicht richtig, dass das Quantum der Nervenfasern keinen Einfluss auf die Functionslähmung habe.

Klemperer: G.'s Thatsachenmaterial erlaubt noch nicht seine Schlüsse. Wenn die Nervenfaserzahl geringer ist, so ist noch nicht die Vulnerabilität grösser. K. fand die Endkörperchen im Lateralis, wie sie G. gefunden hat. Das Verhältniss der letzten Endigungen der Nerven im Muskel ist noch unsicher.

B. Fränkel: Die Abschätzung der nervösen Impulse vom Centrum ist nicht möglich; daher ist G.'s Arbeit nicht schlüssig für die nervöse Kraft, die dem Muskel zu Theil wird. Ob der Druck auf den Nerven flächenhaft, einseitig oder concentrisch einwirkt, immer resultirt dieselbe Erscheinung; man muss hier auf die Physiologie recurriren.

Grabower: Da der Posticus weniger Nervenfasern enthält, so wird auch bald die Gesammtzahl derselben leitungsunfähig. Wenn die Schädigung durch alle Wurzeln hindurchgeht, so degenerirt der Posticus schneller und total, während in den Adductorenkernen sich noch intacte Stellen finden.

Schlungbaum: Demonstration zur Anatomie der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle.

S. zeigt vier Präparate, die seltene Beziehungen zwischen hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle aufweisen:

I. 1. Die Keilbeinhöhle ist sehr klein und hat im frontalen Durchmesser eine Ausdehnung von ca. 1 cm, in den anderen Durchmessern von ca. $^1/_2$ cm. Sie wird von einer sehr grossen Siebbeinzelle überlagert, die von der Lamelle der mittleren Muschel durch den Keilbeinkörper in das Os basilare bis zu einer Entfernung von 1,5 cm vom Foramen occip. magn. sich erstreckt.

2. Die linke hinterste Siebbeinzelle geht seitlich von der Keilbeinhöhle noch 1 cm weit nach hinten von ihr.

3. Eine median von den anderen gelegene Siebbeinzelle erstreckt sich nach hinten mitten zwischen beide Keilbeinhöhlen.

4. Die rechte Keilbeinhöhle ist in zwei gesonderte Theile getrennt, die sich in den Rec. sphenoethmoid. öffnet; die laterale Abtheilung besitzt ausserdem eine breite Verbindung mit einer hinteren Siebbeinzlle, deren Oeffnung im obersten Nasengang zwischen mittlerer und oberer Siebbeinmuschel sich befindet.

II. 1. Die Keilbeinhöhle erstreckt sich weit in beide Wurzeln des kleinen Keilbeinflügels; der Canal. optic. zeigt an seiner oberen in die Höhle hineinragenden Wand eine grosse Dehiscenz.



2. Die Keilbeinhöhle geht nach vorne unten an den Sin. maxill. heran und buchtet sich in ihn hinein.

Treitel: In welchem Alter zeigt sich zuerst die Ozaena?

T. bespricht die Aetiologie der Ozaena und giebt bezüglich des Alters der an Ozaena erkrankten Kinder eine literarische Uebersicht. Er sah eine Atrophie der Nasenschleimhaut bei einem 4jährigen Mädchen, Ozaena bei einem 6jährigen und bei zwei Geschwistern von 6 und 8 Jahren.

Heymann: Adenoide Vegetationen verhindern eher die Entstehung der Atrophie und Ozaena, als dass sie sie begünstigen; beide Erkrankungen bestehen selten nebeneinander.

Sitzung vom 11. November 1904.

Herzfeld demonstrirt einen Naseninhalationsapparat, den er neben der Anwendung von Cocain und Adrenalin besonders bei acuten Stirnhöhleneiterungen in Gebrauch nimmt, bei denen das Ostium verstopft ist.

An dem gewöhnlichen Inhalationsapparat ist ein längliches, nach vorn abgebogenes, birnförmig endendes verschiebliches Rohr angebracht, dessen hinteres Ende einen Schlitz aufweist, so dass es über den Zerstäubungswinkel hinausgeschoben werden kann und in Folge dessen die Dämpfe warm in die Nase gelangen.

B. Fränkel stellt einen 42jährigen Patienten vor, bei dem ein linksseitiger geringer Exophthalmus besteht; das Runzeln der Stirne gelingt links weniger vollkommen als rechts; die linke Wange wird weniger aufgeblasen als die rechte; die Zunge ist links atrophisch; es fehlt links der M. pector. maj. und sternocleidom. und cucullaris. Eine Sensibilitätslähmung ist nicht nachweisbar, der Patient klagt aber über Taubsein an verschiedenen Stellen. Links ist der Geschmack gelähmt.

Die Sensibilität des Pharynx und Larynx ist links erloschen und herabgesetzt; Lähmung des linken Velum palat.

Das linke Stimmband steht unbeweglich in Cadaverstellung und in demselben Niveau wie das rechte: dieses geht bei der Phonation über die Mittellinie hinaus an das gelähmte.

Patient schluckt schwer, aber objective Zeichen einer Oesophaguslähmung sind nicht vorhanden. Er leidet an gastrischen Krisen und zeigt Pulsbeschleunigung. Es ist also der N. vagus, der linke hypogl. glossophar., access. und thorac. long. gelähmt.

Im Nasenrachen findet sich auf der linken Seite ein harter, mit der Wirbelsäule verwachsener Tumor, der wohl in das Schädelinnere gewachsen ist und dadurch die geschilderten Symptome hervorgerufen hat. Ueber seine Natur lässt sich nichts sicheres aussagen. Jodkali und Arsen haben nichts genutzt, eine Innunctionscur hat einige kleine Erscheinungen gebessert, aber keine wesentliche Besserung gebracht.

E. Meyer zeigt einen Larynxtumor, den er vor kurzem endolaryngeal entfernt hat. Derselbe hatte sich innerhalb 8 Wochen entwickelt und Heiserkeit und Athembeschwerden verursacht. Man sah laryngoskopisch aus beiden Ventrikeln wie Nasenpolypen aussehende Tumoren herauswachsen, die etwa $^2/_3$ des Kehlkopfes ausfüllten. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine sehr erhebliche Verdickung des Oberflächenepithels, zwischen dessen Zellen sich, dieselben auseinanderdrängende, homogen gefärbte Massen (wahrscheinlich Lymphe) bemerkbar machten. Die Gewebsschicht unter dem Epithel zeigt ein Canalsystem, das er für Lymphcanäle anspricht. Es handelt sich also wahrscheinlich um ein Lymphangiom.

Börger zeigt einen Patienten mit syphilitischer, fast totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, Perforatio septi, Verwachsung des Septum mit der linken unteren Muschel und glattem Zungengrunde.

Unter Cocainanästhesie wurde mit dem Fränkel'schen Messer das Velum abgelöst und die so geschaffene Oeffnung erst katheterisirt und dann durch einen durchlöcherten Obturator offen gehalten, den Patient noch trägt.

A. Meyer demonstrirt eine aseptische Durchleuchtungslampe; der von dem Patienten in den Mund zu nehmende Theil kann abgeschraubt und ausgekocht werden.

A. Rosenberg.

---

e) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

29. Sitzung vom 2. März 1904.

Vorsitzender: Schmiegelow.
Schriftführer: Jörgen Möller.

I. Grönbech: Fall von latentem Nebenhöhlenleiden mit Exophthalmus und Amaurose.

Ein 51jähriger Mann mit Exophthalmus, vollständiger Amaurose und Parese mehrerer motorischer Nervenäste des linken Auges. Ophthalmoskopisch nichts Abnormes. Keine Symptome von Seiten der Nase. In der linken Nasenhälfte Schleimpolypen und theilweise Caries der unteren Muschel, welches alles entfernt wird: alsdann sickert Eiter aus den Siebbeinzellen hervor, diese und die Keilbeinhöhle werden ausgeräumt, wonach die Parese und der Exophthalmus schwinden; die Amaurose besteht unverändert. Es bleibt noch ein vorhandenes Empyem der Kieferhöhle zu eröffnen.

II. Grönbech: Laryngitis chronica foetida bei einem Patienten mit Rhinitis atrophica foetida.

Ein 18jähriger Schlosserlehrling mit Ozaena hat einen chronischen Kehlkopfkatarrh; mehrmale Erstickungsanfälle. Unterhalb der Stimmbänder ein von schwarz-grünen Krusten gebildetes Diaphragma mit kaum federkielgrosser Oeffnung. Durch Einspritzen von Salzwasser wurden die Krusten entfernt. Trotz der ein halbes Jahr fortgesetzten Behandlung mit allen möglichen Mitteln gelingt

es nicht, die Krustenbildung zu beseitigen, während sich die Nasenhöhle ganz gut reinhalten lässt. Es besteht Foetor aus dem Halse, nicht aber aus der Nase. Beträchtliche Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut.

Alle übrigen Mittheilungen otologischer Natur. Jörgen Möller.

IV. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Für das D. v. am 17. März stattfindende Garcia-Jubiläum ist folgende Festordnung in Aussicht genommen worden:

1. Um 12 Uhr Mittags Empfang der Deputationen seitens des Jubilars, Ueberreichung der Adressen und des gemeinsamen Ehrengeschenks.
2. Um 4 Uhr Nachmittags Festsitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft.
3. Um 7,30 Abends Festmahl, an dem der Jubilar theilzunehmen hofft.

Weitere Details werden in der Februar- resp. Märznummer des Centralblatts gegeben werden.

Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress zu Lissabon im Jahre 1906.

(Folgender Brief bedarf keiner besonderer Erläuterung.)

Brief Sir Felix Semon's an den Präsidenten des britischen vorbereitenden Comité's für den internationalen medicinischen Congress in Lissabon.

London, 19. December 1904.

Lieber Dr. Pavy!

In Beantwortung meines Briefes, der Sie davon in Kenntniss setzt, dass ich von der Mitgliedschaft des britischen vorbereitenden Comités für den internationalen medicinischen Congress in Lissabon zurücktrete, fragen Sie mich sehr freundlicherweise, ob der folgende Satz im letzten officiellen Bulletin des Organisationscomités mir nicht genüge:

„Eine letzte Mittheilung dürfte viele Aerzte interessiren: die Theilung der Section XII in zwei Sub-Sectionen — die Laryngo-Rhino-Otologie und die Stomatologie“.

Es ist gerade diese Bestimmung, welche mich veranlasst hat, meine Resignation einzusenden.

Die Verhältnisse liegen folgendermaassen: Seitdem der Laryngologie im Jahre 1881 bei dem Londoner internationalen medicinischen Congresse eine unabhängige Stellung eingeräumt worden ist, sind mit alleiniger Ausnahme des Berliner Congresses im Jahre 1890 jedes Mal von den Organisationscomités der verschiedenen internationalen medicinischen Congresse Versuche gemacht worden, die Laryngologie entweder in eine geringere Stellung herabzudrücken, als sie anderen anerkannten Specialitäten zu Theil geworden ist, oder sie gegen unsere Wünsche mit der Otologie zu verbinden. Verschiedentlich sind diese beiden Versuche mit einander combinirt worden. Allerdings haben bei jeder dieser Gelegenheiten diese Bemühungen darin geendet, dass die Organisationscomités ihre ursprünglichen Beschlüsse zurückzunehmen, und der Laryngologie die Stellung einer vollen unab-

hängigen Section einzuräumen gezwungen worden sind, aber die uns bei allen diesen Gelegenheiten aufgezwungenen Kämpfe sind darum nicht weniger demüthigend und erbitternd gewesen.

Im Jahre 1900 fassten elf der bedeutendsten laryngologischen und otologischen Gesellschaften der Welt, von dem Wunsche beseelt, den Organisationscomités zukünftiger internationaler medicinischer Congresse die berechtigten Wünsche der Laryngologen und Otologen in nicht misszuverstehender Weise bekannt zu geben, folgende zwei Beschlüsse:

1. Dass jeder dieser beiden Specialitäten bei den inernationalen medicinischen Congressen und bei ähnlichen Gelegenheiten die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gebührt;

2. Dass diese beiden Specialitäten bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten nicht in eine einzige Section verschmolzen werden sollten.

Diese Beschlüsse wurden in einer combinirten Sitzung der beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie des Pariser Congresses erwogen und von einer überwältigenden Majorität angenommen. Ausserdem drückte ich bei einer Sitzung der Ehrenpräsidenten jenes Congresses unsere zuversichtliche Erwartung dahin aus, dass bei zukünftigen Gelegenheiten unsere berechtigten Wünsche respectirt werden würden.

Nichtsdestoweniger wurde wiederum schon bei der nächsten Gelegenheit, dem Madrider internationalen medicinischen Congresse, ein erfolgloser Versuch gemacht, die beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie mit einander zu verschmelzen, und dieser Beschluss wurde erst rückgängig gemacht, als die Autoritäten jenes Congresses fanden, dass ein Beharren auf ihm unzweifelhaft zu einem Misslingen ihrer Absicht führen würde.

Jetzt haben die Autoritäten des Lissaboner Congresses, statt sich durch die Erfahrung ihrer Vorgänger bei den Congressen von Kopenhagen, Washington, Rom, Moskau, Paris und Madrid eines Besseren belehren zu lassen, dieselben noch übertrumpft, und zunächst versucht, die Laryngologie, Rhinologie und Otologie mit der Zahnheilkunde — denn das ist es, was unter dem neuartigen Ausdruck „Stomatologie“ gemeint ist — zusammenzukoppeln, und dann, nachdem sie anscheinend herausgefunden haben, dass dieses Arrangement unausführbar ist, zu dem Auskunftsmittel gegriffen, ihre ursprüngliche Section in zwei Sub-Sectionen zu spalten, von denen die eine die Laryngologie, Rhinologie und Otologie und die andere die Zahnheilkunde in sich begreifen soll. Das heist mit anderen Worten, dass die Laryngologie und Otologie in Stellungen herabgedrückt werden sollen, welche geringere sind als diejenigen, welche sie im Jahre 1881 inne gehabt haben! — Denn bei dem Londoner, in jenem Jahre abgehaltenen Congresse bekleidete die Otologie den Rang einer vollen Section, und die Laryngologie, obwohl sie nur die Stellung einer Sub-Section einnahm, hatte wenigstens die Gelegenheit, die Fragen, welche sie interessiren, zu besprechen, ohne durch eine ihr aufgezwungene Amalgamation mit der Otologie behindert zu sein.

Es genügt darauf hinzuweisen, dass bei der gegenwärtigen Gelegenheit der „Chirurgie der Harnwege“ der Rang einer vollen Section zuerkannt worden ist, um die Willkür zu zeigen, mit welcher bei diesen Gelegenheiten ärgerliche und sinnlose Rangunterschiede gemacht werden.

Ich halte es für unter meiner Würde, eine weitere Modification der Beschlüsse der Lissaboner Autoritäten zu beantragen. Es ist beklagenswerth, dass diese Organisationscomités nicht einsehen wollen oder können, dass sie durch ihre erbitternden Beschlüsse die Sympathien derjenigen Specialisten entfremden, welche jederzeit für intime Beziehungen ihrer Specialitäten mit der allgemeinen Medicin eingetreten sind.

Die Ohrenärzte haben bereits internationale otologische Congresse eingerichtet, Ich habe bis jetzt ähnlichen, von laryngologischer Seite gemachten Versuchen lebhaft opponirt, weil ich der Ansicht war und bin, dass internationale Zusammenkünfte meiner eigenen Specialität, wenn irgend möglich, im Zusammenhange mit

den allgemeinen medicinischen internationalen Congressen und innerhalb des Rahmens derselben abgehalten werden sollten. Aber ich werde zu der Einsicht gezwungen, dass diese immer erneuten Kämpfe um eine würdige Stellung, wie wir sie durch unsere wissenschaftliche Arbeit voll verdient haben, nicht endlos bei diesen Gelegenheiten geführt werden können.

Das wahrscheinliche Resultat der unglaublichen Kurzsichtigkeit der Organisationscomités dürfte sein, dass auch die Lanryngologen in Zukunft ihre eigenen internationalen Specialcongresse abhalten und dass die laryngologischen Abtheilungen der allgemeinen medicinischen Congresse zur Bedeutungslosigkeit herabsinken werden. Sollte ein so bedauerlicher Zustand der Dinge erfolgen, so wird er nicht das Ergebniss separatistischer Gelüste der Specialisten selbst, sondern des Eigensinns derjenigen sein, welche es verweigern, uns diejenige Stellung bei der Gelegenheit allgemeiner medicinischer Versammlungen zu gewähren, welche uns gebührt. Wie bereits in meinem letzten Briefe erwähnt, finde ich es mit meiner Selbstachtung unvereinbar, meine Zustimmung zu der demüthigenden uns angetragenen Stellung zu geben, und muss zu meinem Bedauern darauf beharren, meinen Sitz als Mitglied des britischen vorbereitenden Comités für den Lissaboner Congress aufzugeben.

In aufrichtiger Ergebenheit

der Ihre

Felix Semon.

(Einer Mittheilung Dr. Pavy's zufolge wird dieser Brief dem Generalsecretär des Lissaboner Congresses zugesandt werden.)

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. E. v. Navratil, ist zum Kgl. Ungarischen Hofrath ernannt worden.

Stabsarzt Dr. Johann Fein hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie an der Universität Wien habilitirt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Februar. 1905. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1. A. S. F. Grünbaum und C. S. Sherrington. **Beobachtungen über die Physiologie der Hirnrinde bei den anthropoiden Affen. (Observations on the physiology of the cerebral cortex of the antropoid apes.)** *Proc. Royal Soc. LXXII. No. 479. p. 152.*

Seitdem die Verff. ihre frühere Notiz über diesen Gegenstand mitgetheilt hatten, haben sie weiterhin an fünf Schimpansen und einem Orang folgendes festgestellt: Faradisation der Rinde der unteren Frontalwindung einer Hemisphäre rief keine regelmässigen oder constanten Bewegungen hervor.

Besonders sorgfältige Untersuchungen wurden angestellt zum Zwecke der Feststellung der Localisation der Lautgebung. Von der hinteren Region der Windung, und zwar von zerstreuten Punkten und ohne Beständigkeit sogar an diesen schien starke Faradisation gelegentlich Bewegungen im Kehlkopf herbeizuführen, welche von dem Rhythmus des respiratorischen Ursprungs unterscheidbar waren. Hiernach schlossen sie, dass entweder kein Broca'sches Sprachcentrum, dem menschlichen entsprechend, in dem Gehirn der Anthropoiden existire oder dass directe Faradisation des Broca'schen Sprachcentrums allein nicht im Stande ist, Lautgebung hervorzurufen.

Unter den von der Facialregion der Rinde hervorgerufenen Bewegungen haben die Verff. zweimal ein Vorstossen der Zunge beobachtet, gefolgt von heftigem Schluss der Kiefer, der so plötzlich eintrat, dass die Zunge, ehe sie zurückgezogen werden konnte, zwischen den Zähnen festgehalten wurde. Diese Folge der Bewegungen ist insofern von Interesse, als sie beweisen, dass bei Reizung der Rinde manchmal Bewegungen mit falscher Coordination auftreten können. Die Bewegung ist auch von Interesse als ein Resultat directer corticaler Reizung, welche harmonirt mit dem Beissen auf die Zunge bei epileptischen Krämpfen.

Abtragung der Facialregion der motorischen Region wurde bei einem Individuum ausgeführt. Eine gekreuzte Hemiparese folgte an den Lippen, Backen, an der Zunge, der Nasenfalte und dem unteren Augenlid (sehr gering), aber nicht am oberen Lide, der Augenbraue und der Stirnregion.

J. KATZENSTEIN.

2) **A. Onodi. Die Rindencentren des Geruches und der Stimmbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 73. 1903.*

O. giebt eine Zusammenstellung der anatomischen und der klinisch-pathologischen Daten über die Rindencentren des Geruchs und der Stimmbildung und weist darauf hin, dass die experimentellen Resultate und die klinischen Beobachtungen nicht überall im Einklang stehen.

F. KLEMPERER.

3) **G. Heermann** (Kiel). **Ueber die Lehre von den Beziehungen der oberen Luftwege zu der weiblichen Genitalsphäre.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Marhold, Halle a/S. VIII. 1. 1904.*

Spricht sich auf Grund eigener Erfahrungen für die Fliess'sche Auffassung der nasalen Dysmenorrhoe aus. Ebenso wie Genitalstörungen von der Nase günstig beeinflusst werden können, können es auch mancherlei Beschwerden des Rachens, für die fälschlicherweise ein objectiv gar nicht nachweisbarer Rachenkatarrh verantwortlich gemacht wird, besonders bei klimakterischen Frauen durch Einwirkung auf den Genitaltractus; Ovarigen, ein aus dem Eierstock der Kuh hergestelltes Präparat, hat ihm in solchen Fällen gute Dienste geleistet. Ebenso verwendet er es mit Vortheil bei den im Klimakterium so häufigen Zungenbeschwerden, bei denen sich objectiv gewöhnlich ein entzündeter Höcker der Papilla foliata resp. ein leichtes Oedem der Zungenspitze findet.

Diese Thatsache widerspricht der Fliess'schen Zonentheorie, deren Charakteristicum ja gerade darin besteht, dass die Schmerzzonen nicht, wie bei den Rückenmarksnerven, ineinander überfliessen.

Dagegen ist eine andere Erklärung wohl möglich.

Der Universalnerv für Nase, Gaumen, Rachen und Zunge ist der Trigeminus: er enthält eine Wurzel vom Gangl. cervicale Sympathici sup., und die weitere Leitung geht von diesem Ganglion nach dem Plex. hypogastr. und solaris. Durch ersteren werden Uterus und Vagina, durch letzteren Ovarium und Fundus uteri versorgt, so dass sich also von Nase, Rachen und Zunge her auf dem Wege des Sympathicus unter Mitwirkung des Trigeminus und des N. petros. prof. maj. sehr wohl eine Verbindung mit der Genitalsphäre construiren lässt.

A. ROSENBERG.

4) **Lamann. Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzverrichtungssystems.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1904.*

Die interessanten Ausführungen des Verf.'s müssen im Original gelesen werden, da sie sich wegen ihrer Ausführlichkeit zu einer kurzen Besprechung an dieser Stelle nicht eignen.

SCHECH.

5) **M. Bresgen. Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren, sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit, nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Marhold, Halle a/S. VII. 8. 1904.*

Ursachen, die zu diesen Erkrankungen Anlass geben, sind ererbte und erworbene Anlage — von grosser Bedeutung ist das häufige und besonders rasch hintereinander Folgen der auslösenden Umstände, die ihre Spuren am Schwell-

gewebe hinterlassen; bei einer Behandlung seines krankhaften Wachsthums muss man stets bedenken, dass es wegen seiner wichtigen physiologischen Function nicht vollständig ausgerottet werden darf. Die Nasenathmung hat einen wichtigen Einfluss auf die Lungen, deren Verrichtung und mittelbar durch diese auf das körperliche Befinden. Bei vollständig freier Nase sind die Athembewegungen tiefer als bei Mundathmung und durchlüften die Lunge besser und wirken den die Thätigkeit des Herzens nicht günstig beeinflussenden, rasch sich folgenden Druckschwankungen, die bei der Mundathmung innerhalb des Brustkorbes zur Geltung kommen, erfolgreich entgegen.

Die Oberflächlichkeit der Athmung bedingt wohl bei der Lungenschwindsucht und adenoiden Vegetationen eine Verflachung und Verschmälerung des oberen Brustkorbes; eine in der Lunge bestehende tuberculöse Erkrankung führt her bei Mund- als bei Nasenathmen zur Phthise. Die Rachenmandel vergrössert sich ständig, wenn die Nase verschwollen ist und wuchert unter dieser Bedingung nach der Operation wieder. Die katarrhalische Anlage ist wirkungslos zu machen durch Schaffung gesunder Lebensbedingungen, andererseits können durch ungeeignetes Verhalten solche Anlagen geschaffen werden, z. B. durch übertriebene Abhärtung, übertriebene Ernährung bei Säuglingen, Alkoholika, Unterlassung frühzeitiger Mundpflege und des Gurgelns, die schädliche Anwendung der Nasenspülungen, Tabakgenuss, Schnupftabak.

Weiter wird die Nasenschleimhaut betroffen bei Influenza, in deren Beginn ihren Erscheinungen mehr Werth beigelegt werden muss, bei Masern und Scharlach, wo die Nichtbeachtung der Nasenverschwellung eine Ohrenerkrankung begünstigt. Nach Diphtherie bleiben häufig Gaumen- und Rachenmandel vergrössert zurück: die Angina habitualis findet sich gewöhnlich bei Mundathmern. Keuchhusten geht mit Erkrankungen der Schleimhaut der Nase, des Rachens und Kehlkopfes und des Ohres einher; die Ozaena rührt wahrscheinlich von einer gonorrhoischen Infection intra partum her. Ohrenerkrankungen sind oft auf verkehrtes Schneuzen zurückzuführen.

Der frische Schnupfen, der den Säugling sehr gefährdet, kann, wenn er nicht gehörig beachtet wird, chronisch werden. Die Nasenathmung ist dauernd gestört, es entsteht Conjunctivitis, Ekzem, kann zu Erysipel und Lupus kommen. Später besonders zur Schulzeit machen sich bemerkbar Störungen der Denkthätigkeit, der Hörfähigkeit.

Recht häufig sind im Kindesalter Brüche und Quetschungen innerhalb der Nase, die oft vernachlässigt werden, ferner Fremdkörper, Nasenbluten. Die Entzündungen der Gaumen- und Rachenmandel müssen genau auf ihre Infectiosität geprüft werden; treten sie häufiger auf, so achte man auf die Durchgängigkeit der Nase.

Eine Verstopfung derselben kann den Ausgangspunkt bilden für eine leichte Ermüdbarkeit der Stimme und Sprachfehler; als Folge können ferner resultiren mangelhafte und fehlerhafte Entwickelung des Gesichtsschädels und einzelner seiner Theile.

Nasen-, Ohren-, Halskranke lässt man dreimal am Tage mit Salzwasser gurgeln; Kinder mit krustiger Nasenabsonderung alle zwei Stunden Vaselin auf-

ziehen, bei Ozaena laues, schwaches Salzwasser. Bei Verschwellungen der Nase und Nebenhöhleneiterungen nehme man auf eine sorgfältige Nachbehandlung Bedacht.

Nach Entfernung der Gaumenmandeln wird event. erst die Nasenschleimhautschwellung behandelt und dann die Adenotomie unter Cocainanästhesie gemacht.

A. ROSENBERG.

6) **Paul Gallois. Ueber die Rückwirkungen, die Krankheiten der Nase und des Halses auf die allgemeine Gesundheit haben können. (Des répercussions que peuvent avoir sur la santé générale les maladies du nez et de la gorge.)** *Archives des malad. des enfants etc. 1904.*

Verf. benennt die Lehre von den Erkrankungen der Nasen-Rachenhöhle „Spellopathie" nach dem griechischen Wort σπηλαιόν (Höhle). In einer schematischen Uebersicht zeigt er, was für Folgen für den Allgemeinzustand aus Erkrankungen von Nase, Hals, lymphatischem Schlundring resultiren können und räth bei jedem der in dieser Arbeit aufgezählten Zufälle nachzuforschen, ob nicht ein Zusammenhang mit Hals und Nase möglich sei.

G. theilt die Einflüsse von seiten der obersten Luftwege in zwei grosse Klassen ein: die ersten sind rein mechanische und umfassen die Verengerungen, die Behinderung der Nasenathmung: in die zweite gehören alle entzündlichen, infectiösen Erscheinungen. Dieser zweiten Kategorie wendet Verf. seine ganz besondere Aufmerksamkeit zu; bei der Fülle der mitgetheilten Details ist ein Referat nicht möglich. Doch sei darauf hingewiesen, dass die Beobachtungen aller Autoren, die sich mit dem Gegenstand beschäftigt haben, hier verzeichnet sind (Complicationen seitens des Ohres, der Augen, des Nervenapparates, des Circulationsapparates, Verdauungsstörungen etc.).

Erwähnen wir einige Einzelheiten, so ist nach G. die Angina pultacea stets die Folge einer chronischen Rhino-Pharyngitis. Bei der Tuberculose wird die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte erörtert. Fieberhafte Zustände beim Kinde, die oft als Folge der Dentition, als gastrisches Fieber etc. ausgelegt werden, sind häufig auf infectiöse Zustände in Nase und Nasenrachenraum zurückzuführen.

Die Arbeit verdient wegen ihres Reichthums an Inhalt und ihrer fesselnden Form Beachtung.

A. CARTAZ.

7) **T. A. Patterson. Aetiologie und Behandlung subacuter und chronischer katarrhalischer Affectionen der oberen Luftwege bei Kindern. (The etiology and treatment of subacute and chronic catarrhal affections of the upper air passages in children.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1903.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

8) **Braden Kyle. Eine kurze Erörterung über die Pathologie der malignen Geschwülste der oberen Luftwege. (A brief discussion of the pathology of malignant growths of the upper air passages.)** *The Laryngoscope. August 1904.*

Des Verf.'s Auseinandersetzungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass

eine Umwandlung gutartiger Tumoren im Bereich der oberen Luftwege in bösartige nicht vorkommt, dass dagegen jede Irritation gutartiger Tumoren zu einer Entstehung von bösartigen Tumoren an dieser Stelle prädisponiren kann.

EMIL MAYER.

9) **W. G. B. Harland** und **W. H. Good. Reflectorische Apnoe und Herzhemmung bei Operationen im Respirationstract. (Reflex apnea and cardiac inhibition in operations on the respiratory tract.)** *The Journal of the American Medical Association. 12. October 1904.*

Verff. kommen zu dem Resultat, dass Reizung jeder Stelle im Respirationstract reflectorische Apnoe, Herzstillstand, ja sogar Tod herbeiführen kann. Gewöhnlich kann man einem solchen Zustand durch Anwendung von Atropin vorbeugen, durch völlige allgemeine Anästhesirung des Patienten vor der Operation oder durch locale Anwendung von Cocain.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **L. Dieulafé. Ueber die Nasengruben der Wirbelthiere. (Les fosses nasales des vertébrés [Morphologie et embryologie].)** *Journ. de l'anat. et de la physiol. Année 40. No. 3. p. 268. No. 4. p. 414.*

Beschreibung des Naseninneren bei Reptilien, Vögeln und Säugern.

J. KATZENSTEIN.

11) **E. Glas. Ueber die Entwickelung und Morphologie der inneren Nase der Ratte.** *Anat. Hefte. 76. H. 25 Bd. H. 2. S. 275—339. 14 Fig. 1904.*

Die ersten Bildungen der inneren Nase der Ratte sind Abkömmlinge der medialen Wand: das Jakobson'sche Organ und die Ethmoturbinalia. Die ursprüngliche Anlage des Jakobson'schen Organs ist eine Epithelverdickung im unteren Abschnitte der vorderen septalen Wandpartie. Erst sekundär kommt es zur Bildung jener sagittal gestellten Furche, an derem hinteren Ende das Epithel in Form einer Röhre caudalwärts fortwächst, wobei zugleich die Furche durch Aneinanderlegung und Verwachsen der Ränder nach vorne zur Röhre abgeschlossen wird. Die Entwickelung des Jakobson'schen Organes zeigt eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Bildungsmodus des Geruchsorgans. Die paraseptalen Knorpel und Jakobson'schen Belagknochen zeigen bei der Ratte eine innige Beziehung zum Jakobson'schen Organ, sodass ihre Zugehörigkeit zu diesem in Form von Sinnesknorpel und -Knochen trotz Einreihung in den Annulus cartil. nasi nicht geleugnet werden kann.

Ein Basiturbinale besitzt die Ratte nicht. Der Bildungsmodus der Muscheln ist die Resultirende zweier Componenten, des Auswachsens in die Wandpartien einwachsender Epithelleisten und des Vorwachsens bestimmter Wandpartien.

Von den Nasendrüsen tritt die seitliche Nasendrüse (Stenon'sche Drüse) zuerst auf, hierauf kommt es zur Bildung der im Gebiete der unteren Muscheln gelegenen Drüsen, denen die septalen Nasendrüsen und in das Jakobson'sche Organ mündenden Septumdrüsen folgen. Die septale Drüse ist eine Bildung,

welche mit dem Jakobson'schen Organ in keiner Beziehung steht. Die laterale Nasendrüse ist durch ihre typische Lage zwischen oberer Legal'scher Furche und Nasenkapsel charakterisirt.

Die Verknorpelung betrifft zuerst den hufeisenförmigen Antheil der Nasenkapsel in seinen centralsten Partien. Erst später kommt es zur knorpligen Umwandlung der mesodermalen Muschelspangen. Hierbei tritt die Umwandlung, noch ehe Knorpelleisten im Maxillo- und Nasoturbinale zu sehen sind, im Ethmoturbinale I auf, wobei der fissurirte Siebbeinwulst sich so verhält, dass dessen dorsale Partie die erste Knorpelspange besitzt, während der ventrale Antheil des Ausläufers der Nasenkapsel noch verdichtetes Mesodermgewebe aufweist.

J. KATZENSTEIN.

12) **E. Young. Ueber den Geruchssinn der Schnecke. (Sur le sens olfactif de l'Escargot.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 7. p. 291.*

Polemik gegen Dubois. Die grossen Tentakel sind geruchsempfindlicher als alle anderen Theile des Integuments. Die Geruchsempfindlichkeit der kleinen Tentakel ist geringer als die der grossen. Die Geruchsempfindlichkeit der übrigen äusseren Haut ist nur bei einer sehr geringen Zahl von Excitantien (z. B. Benzindampf, Nitrobenzin) zu beobachten und dann in geringerem Maasse als durch die Tentakel.

J. KATZENSTEIN.

13) **R. Dubois. Ueber den Geruchssinn der Schnecke. (Sur les sens de l'olfaction de l'Escargot.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 5. p. 198.*

Polemik gegen Young. Die Geruchsempfindlichkeit ist bei Helix pomatica nicht an den Fühlspitzen lokalisirt, sondern sie ist diffus und den verschiedenen Theilen des Mantels eigen.

J. KATZENSTEIN.

14) **J. Chatin. Die Myelocyten des Bulbus olfactorius. (Les myélocytes du bulbe olfactif.)** *Comp. Rend. Acad. Sc. T. 137. No. 13. p. 489.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

15) **M. Probst. Ueber die Rinden-Sehhügelfasern des Riechfeldes, über das Gewölbe, die Zweige, die Randbogenfasern, über die Schweifkernfaserung und über die Vertheilung der Pyramidenfasern im Pyramidenareal.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.) S. 133. 1903.*

An der Hand eines Versuches schildert P. Fasern, welche das Riechfeld mit dem Thalamus und dem Ganglion habenulae verbinden. Als physiologisches Ergebnis des Versuchs werden erwähnt dauernde Schädigung des Geruchssinnes, vorübergehende schwere Schädigung des Gesichtssinnes.

J. KATZENSTEIN.

16) **H. Zwaardemaker. Eine bis jetzt unbekannt gebliebene Eigenschaft des Geruchssinnes.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 1. u. 2. H. S. 43. 1904.*

Es gelingt nicht, separate Riechreize zu fusioniren oder continuirliche zu intermittiren. Es muss also im Geruchsorgan zwischen dem äusseren Reiz und dem Reizungspunkte ein Zwischenglied eingeschoben sein. Als solches funktionirt die Luft am Eingang der Riechspalte. Die Lösung der riechenden Moleküle findet

in der Substanz der Riechhärchen momentan statt, die Fusionirung künstlich unterbrochener Riechreize hat nicht in dem Endapparat des Sinnesorgans als solchem, sondern in den zuleitenden Lufträumen ihren Grund.

J. KATZENSTEIN.

17) **J. Killian** (Worms). **Ueber subjective Kakosmie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1904.*

Manchmal ist die Ursache des üblen Hauches aus Mund und Nase sehr schwer zu constatiren; zuweilen handelt es sich um verborgene Empyeme, die sich mit den gewöhnlichen Methoden nicht auffinden lassen; in den beiden von K. mitgetheilten Fällen handelte es sich um fötide Pfröpfe, welche in der erweiterten Rosenmüller'schen Grube ihren Sitz hatten, Ausräumung derselben mit hakenförmig gebogener watteumwickelter Sonde hatte ein sofortiges Verschwinden des Fötors zur Folge.

SCHECH.

18) **Carl E. Munger. Parosmie; nebst Geschichte eines eigenthümlichen Falles. (Parosmia; with history of a peculiar case.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Verf. berichtet über einen Fall, der seiner Meinung nach auf Arteriosklerose zurückzuführen war. Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, der an Kopfschmerzen litt und seit einiger Zeit von der Empfindung eines persistenten Geruchs gequält wurde, den er als Heliotrop beschrieb. Alle Getränke, die er genoss, hatten diesen Geruch, sein Achselhöhlensekret schien ihm besonders streng danach zu duften, seine Haut, die Kleider der Damen, Apfelsinen strömten für ihn diesen Duft aus. Seine Empfindung für üble Gerüche blieb normal, den Geruch von Pferden konnte er genau so wie früher wahrnehmen. Die Parosmie bestand 6 Monate, um dann allmälig abzunehmen; am längsten blieb die Empfindung von dem Heliotropgeruch, der aus der Achselhöhle strömte.

EMIL MAYER.

19) **A. Onodi. Ein Olfactometer für die Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 14. S. 185. 1903.*

Zur Vereinfachung der Zwaardemaker'schen Untersuchungsmethode benutzt Verf. nur 2 Riechstoffe: Jonon (Veilchen) und Aethylbisulfid in zwei verschieden starken Concentrationen. Sein Apparat besteht in einem Glascylinder, in dessen Mitte von der Seite her ein Glasstöpsel eingeführt wird, welcher mit in die Riechlösung eingetauchter Watte armirt ist.

F. KLEMPERER.

20) **G. Trautmann** (München). **Bedeutung der nasalen Athmung in ihrer Schutz- und Heilwirkung auf Krankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1903.*

Eine Menge von Infectionskrankheiten hat ihre Eingangspforten in der Mundhöhle und insbesondere in den Tonsillen, auf welchen glücklicher Weise in den meisten Fällen die Erkrankung beschränkt bleibt. Wie sich nun aber nach Mader durch die Nasenobstruction und die hierdurch bedingte Mundathmung der Ausfall des nasalen Infectionsschutzes durch leichtere oder überhaupt durch Entstehung von Krankheiten von der Mundrachenhöhle aus kundgiebt, so muss man auch in umgekehrter Weise annehmen können, dass die nach einer Nasenobstruction durch geeignete Behandlung wiederhergestellte Nasenathmung und

der hierdurch bedingte, wenn auch in den meisten Fällen erst allmälige Ausfall der Mundathmung bei bestehenden pathologischen Processen sich als Heilwirkung zeigen kann. T. führt als Beweis mehrere Krankengeschichten an. Die Operationen in der Nasenhöhle sollen sich aber nur auf das Nöthigste beschränken, damit die physiologischen Schutzkräfte der Nase erhalten bleiben. SCHECH.

21) **Lermoyez** (Paris). **Die Insufficienz der Nasenathmung. (De l'insuffience de la respiration nasale.)** *Société médicale des hôpitaux. 1. Juli 1904.*

Es handelt sich um Personen, die nicht verstehen, durch die Nase zu athmen, obwohl die Nasenhöhlen völlig durchgängig sind. Verf. hat früher einen solchen, eine Hysterische betreffenden Fall publicirt. Er führt auf denselben Umstand die Thatsache zurück, dass von 10 Patienten, bei denen die adenoiden Vegetationen in ausreichender Weise entfernt sind, stets einer nach der Operation überhaupt nicht besser athmet als vorher, während es bei den 9 anderen sehr lange dauert, bis sie es lernen, durch die Nase zu athmen. Sie müssen dazu erzogen werden, was am besten durch den Arzt geschieht. PAUL RAUGÉ.

22) **Francis Hare** (Queensland). **Mechanismus der paroxysmalen Neurosen. (Mechanism of the paroxysmal neuroses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. August 1903.*

Verf. verteidigt die Theorie, nach der asthmatische Anfälle durch Vasodilatation in der Bronchialschleimhaut bedingt sein soll. A. J. BRADY.

23) **John North. Heufieber. (Hay fever.)** *Toledo Medical und Surgical Reporter. Juni 1904.*

Bericht über drei mit unmittelbarem gutem Resultat behandelte Fälle.

EMIL MAYER.

24) **Kuttner** (Berlin). **Das Heufieber und seine Behandlung mittels Pollantin (Dunbar).** *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 20. 1904.*

Auf Grund von 5 Fällen kommt K. zu dem Urtheil, dass wir in dem Dunbar'schen Pollantin zum ersten Male ein Mittel besitzen, dass bei richtiger Anwendung gute und sichere Dienste leistet SEIFERT.

25) **R. A. Glegg. Neue Untersuchungen über Heufieber. (Recent investigations in hay fever.)** *N. Y. Medical News. 10. September 1904.*

Ein Bericht über die Dunbar'schen Untersuchungen. LEFFERTS.

26) **W. B. Dunbar. Beobachtungen über Versuche und Behandlung des Heufiebers. (Observations on the cause and treatment of hay fever.)** *St. Louis Medical Review. 17. September 1904.*

Ein Ueberblick über unsere heutige Kenntniss des Heufiebers mit besonderer Berücksichtigung der vom Verf. eingeführten Serumtherapie. Verf. betont besonders, dass sein Serum hauptsächlich als Prophylacticum wirksam ist. Der Durchschnittserfolg der Serumtherapie beträgt 65 pCt. Es werden Bemühungen gemacht, ein subcutan anwendbares Präparat herzustellen. Es hat sich herausgestellt, dass das wirksame Princip in dem Globulin seinen Sitz hat; seitdem

experimentirt D. mit einem Präparat, aus dem das Albumin ausgeschieden ist; er hofft so, alle Reizung zu vermeiden. Ferner ist D. dabei, ein Antitoxin für die Prophylaxe und Behandlung des Herbstkatarrhs zu bereiten, der besonders in Amerika häufig ist und auf Goldruthe und Ambrosia zurückgeführt wird.

EMIL MAYER.

27) **Hirschberg. Antitoxin bei Heufieber. (Antitoxine in hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 22. October 1904.*

Verf. beschreibt die Anwendung des Dunbar'schen „Pollantin". Es sind bisher 300 Fälle publicirt, in denen das Mittel gebraucht worden ist; davon wurde bei 182 ein vollkommenes Resultat erzielt, während bei 40 überhaupt keine Einwirkung vorhanden war.

LEFFERTS.

28) **D. Braden Kyle. Die Aetiologie des Heufiebers. (The etiology of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1904.*

Verf. erörtert in vorliegender Arbeit die Beziehungen zwischen der chemischen Zusammensetzung des Speichels und des Nasensecrets zu den Erkrankungen der Schleimhaut in Mund und oberen Luftwegen. Das gewöhnliche Lackmuspapier genügt nicht, da die Secrete nach ihrem Austritt auf die Schleimhaut mannigfache Veränderungen erleiden. Besonders zuverlässig ist die polaroskopische Untersuchung. K. hat die Reaction neutral, hyperacid und hypoacid gefunden; ausgesprochen alkalische Reaction fand sich häufiger beim Heufieber. Er räth, beim Heufieber, wenn die alkalische Reaction constatirt wird, eine Umwandlung derselben in die neutrale oder saure anzustreben; er behauptet, auf diese Weise im Stande zu sein, in Fällen, die jeder anderen Behandlung widerstreben, Erleichterung zu verschaffen und sieht das ätiologische Moment des Heufiebers nicht in Pollen oder dergleichen, sondern in dem durch Alteration des Secrets bedingten Reiz. Verf. giebt an, in 80 pCt. der Fälle durch seine Behandlung Heilung oder wenigstens Besserung herbeiführen zu können.

LEFFERTS.

29) **Herman Bowman. Professor Dunbar's Heufieber-Untersuchungen. (Prof. Dunbar's hay-fever investigations.)** *Northwestern Lancet. November 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

30) **Ch. A. L. Zegers** (Batavia). **Rhinitis spastica vasomotoria.** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indie, Bd. XLI. H. 3.*

Die nervöse Coryza ist in Niederländisch Indien eine häufige Krankheit. Namentlich tritt sie nach längerem Aufenthalt in den Tropen auf. Die Wärme kann indessen nicht die Ursache sein, da Z. dieselbe auch beobachtete bei Personen, die auf einer Höhe von 3500 Fuss lebten. Merkwürdigerweise hören bei den Heimkehrenden die Anfälle auf vom Augenblick an, wo das Schiff den Hafen verlassen hat. Während des Aufenthaltes in Europa bleiben die Anfälle aus, kehren aber wieder, sobald Patient nach Indien zurückgekehrt ist. Z. sucht die Ursache einerseits in dem Staub, andererseits in einer durch das Leben in den Tropen verursachten Abnahme der Widerstandsfähigkeit, einer Art Neurasthenie. Von localer Nasenbehandlung sah Z. nur minimalen Nutzen. Dagegen sah er

relativ ausgezeichnete Erfolge von einer Strychnin-Atropin-Cur nach Lermoyez, wofür er folgende Formel empfiehlt: R. Mur. atropini 10 mg, Sulf. strychnini 80 mg, ad Pill. No. 40. S. während einer Woche täglich 1 Pille, die zweite Woche 2 Pillen pro Tag, zum Schluss 3 Tage lang 3 Pillen. Nach 10 Tagen Wiederholung der Cur.

H. BURGER.

31) **O. Muck** (Essen). **Ueber gewisse intermittirende Schwellungszustände der Nasenschleimhaut und ihre Behandlung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 3. S. 457. 1903.*

Zeitweilige Verstopfung der Nasenathmung wird nach Verf. in gewissen Fällen bedingt durch Anschwellung der hinteren unteren Muschelenden, die bei der postrhinoskopischen Untersuchung nicht als vergrössert imponiren, sondern nur etwas über erbsengross sind und das Septum nicht berühren. Charakteristisch ist dann die grauweisse Farbe und die runzlige Oberfläche der Muschelenden; erstere beweist nicht nur eine Epithelverdickung, sondern auch eine temporäre locale Anämie, letztere deutet darauf hin, dass — unter dem psychischen Einfluss der Untersuchung — eine Volumensverringerung des Muschelendes eingetreten ist. In solchen Fällen entfernt Verf. die scheinbar nicht vergrösserten Muschelenden mit der kalten Schlinge, die er ohne Leitung des Auges, ähnlich wie den Katheter beim Katheterisiren der Eustachischen Röhre, durch den unteren Nasengang einführt und anlegt.

F. KLEMPERER.

32) **S. Citelli** (Catania). **Zur Frage der Regeneration der Nasenschleimhaut beim Menschen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. 2. S. 350. 1903.*

Verf. stellte durch seine Untersuchungen fest, dass nach Entfernung von oberflächlichen Theilen der Nasenschleimhaut, wobei die tiefen Schichten fast unbeschädigt bleiben, infolge der Proliferationsprocesse, welche nach dem Operationsact auftreten, die anatomische Beschaffenheit der Schleimhaut nur geringfügige Veränderungen erleidet. Die Drüsen nämlich und auch die Schwellkörper, also die für die Function wichtigsten Organe, bleiben erhalten; nur an Stelle des laxen Gewebes der oberflächlichen Schicht der Schleimhaut tritt fibröses Bindegewebe; der Knochen erleidet keine Veränderung. Durch die Retraction des Narbengewebes bleibt jedoch eine Einsenkung an der Schleimhaut an der Stelle der Operation zurück, ein Umstand, der von dem wohlthuendsten Effect ist in den Fällen von Stenose der Nasenhöhle infolge diffuser Hypertrophie der unteren Nasenmuschel. Bei dieser Affection ist deshalb die Entfernung oberflächlicher Stückchen der Schleimhaut das beste therapeutische Mittel.

F. KLEMPERER.

33) **Goldmann** (Komotau). **Ein Fall von Nekrose der unteren Nasenmuschel und des Stirnbeins (letztere in wahrscheinlicher Beziehung zu epileptiformen Krämpfen).** *Prager med. Wochenschr. No. 26. 1904.*

Eine nekrotische Muschel lag angeblich 12 Jahre lang in losem Zusammenhange mit der Umgebung in der Nase. Diese Nekrose, sowie die des Stirnbeines sollen die Folge einer metastatischen Entzündung nach einem Puerperalprocess sein und sollen infolge der Nekrose des Stirnbeines, bei dem vielleicht auch die

Lamina vitrea in Mitleidenschaft gezogen war, epileptiforme Krämpfe ausgelöst worden sein.

CHIARI-HANSZEL.

34) **Berini** (Madrid). **Primäre lupöse Rhinitis mit vegetativer Form. (Rinitis lupesa primitiva de forma vegetante.)** *Revist. de Medicin. y Cirugia. No. 25 Mai 1903.*

Mittheilung eines Falles von Lupus, welcher mit Rhinitis begann, die sich dann als lupöse charakterisirte. Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

R. BOTEY.

35) **Lorenzo B. Lockard. Platin-Rhinitis. (Platinum Rhinitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1903.*

Verf. hat 5 Fälle von Rhinitis gesehen, die er auf den Gebrauch von Platinpapier in der Photographie zurückführt.

EMIL MAYER.

36) **T. A. Stuckey. Gichtische Nasopharyngitis. (Lithaemic nasopharyngitis.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1904.*

In manchen Fällen ist eine Nasopharyngitis zurückzuführen auf harnsaure Diathese; man findet dann im Urin Indican und vermehrte Harnsäure. In diesen Fällen sollte die Behandlung auf das Grundleiden gerichtet sein.

LEFFERTS.

37) **Depierris** (Cauterets). **Localbehandlung der Rhinopharyngitiden in den Heilbädern. (Traitement local des rhino-pharyngites dans les stations thermales.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 2. 1904.*

Der Verf. bespricht zuerst die allgemeinen Indicationen für die Localbehandlung mit Mineralwässern behufs 1. der Befreiung der Nasenhöhlen von Krusten und Mucositäten; 2. die Modification der kranken Schleimhaut; sodann die besonderen Indicationen bei verschiedenen Behandlungsweisen, als: 1. der elastischen Nasendouche; 2. der Retronasaldouche; 3. Pulverisationen; 4. des Einschnupfens: 5. des Aufziehens; 6. Laryngonasalgurgeln und endlich 7. des Nasenbades, für welches er eine eigens von ihm angegebene Pipette empfiehlt.

Das Nasenbad finde seine Verwendung in allen Fällen, während die Nasendouche, die Pulverisationen und das Aufziehen nur für bestimmte Fälle passe.

Der Nasendouche gebühre der Vorzug bei der Ozaena und gewissen eitrigen Rhiniten, welche eines energischen Flüssigkeitsstromes bedürfen und deren Anwendung eine offene Nasenhöhle erlaube. Aber ausser diesen Fällen müsse sie dem Nasenbad das Feld räumen, dessen Wichtigkeit in der rhinologischen Therapeutik von Tag zu Tag zunehme. — Im Grunde Bekanntes.

BAYER.

38) **W. Freudenthal. Die Aetiologie der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 409. 1903.*

Eröffnungsvortrag der Discussion über Ozaena auf dem internationalen Congress in Madrid. Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Theorien der Ozaena und begründet seine eigene Ansicht, die in der Ozaena eine auf dem Boden der Atrophie entstandene genuine Erkrankung sieht. Die primäre Atrophie des Naseninneren ist die Folge athmosphärischer Einflüsse,

besonders des Wassermangels in der Luft — Xerasie. Die Ozaena entsteht aus dieser Atrophie erst durch die massenhafte Invasion des Abel'schen Bacillus. Herderkrankungen erscheinen oft im Gefolge der Ozaena. F. KLEMPERER.

39) Lewis S. Somers. **Der Factor der Heredität bei der Rhinitis atrophicans. (The factor of heredity in atrophic rhinitis.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1904.*

Verf. betont als eine auffallende Thatsache, dass die Heredität in der grossen Mehrzahl der Fälle von atrophischer Rhinitis eine grosse Rolle spielt und dass dieser Factor bedingt wird durch eine von der Norm abweichende Form der Nase, die Metamorphose des Epithels und möglicherweise durch Uebertragung einer vererbten pathologischen Anlage. EMIL MAYER.

40) C. Compaired (Madrid). **Ist die Ozaena heilbar? (Es curable el ozena?)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practicas. No. 807 y 808. 1903.*

Nach vorhergehender Erörterung der verschiedenen Behandlungsmethoden zur Bekämpfung der Ozaena bespricht C. eingehend diejenige der submucösen Injectionen von Paraffin nach Eckstein. Eine Statistik begleitet die Arbeit.

R. BOTEY.

41) R. Lake. **Die Wiederherstellung der unteren Muschel durch Paraffininjectionen in der Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The restoration of the inferior turbinate body by paraffin injections in the treatment of atrophic rhinitis.)** *Lancet. 17. Januar 1903.*

Verf. verwendet weisses bei 55° schmelzendes Paraffin; die Nadel wird durch ein auf elektrischem Wege erhitztes Drahtgewinde warm gehalten.

ADOLPH BRONNER.

42) Baratoux. **Ueber Behandlung der atrophischen Rhinitis mittels interstitieller Paraffininjectionen. (Du traitement de la rhinite atrophique par les injections interstitielles du paraffine.)** *Progrès médical. 2. Juli 1904.*

Eine historisch-kritische Studie. Verf. giebt eine detaillirte Beschreibung der von ihm befolgten Methode und versichert, dass die mit derselben erzielten Dauerresultate ausgezeichnet seien. A. CARTAZ.

43) Leopold (Klagenfurt-Pötschach). **Heilung der Ozaena mit kaltem (Finsen)-Licht.** *Fortschr. d. Med. No. 29. 1904.*

Die Belichtung der Nasenhöhlen wurde mit dem von Strebel construirten Apparate bei 5 Fällen von Ozaena vorgenommen und dadurch Heilung erzielt. Local kamen nur zur Beseitigung der Borken Ausspülungen mit lauem Salzwasser zur Anwendung. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Genter. Zur Frage der Knorpelbildung in den Mandeln. (K woprosu o nahoshdenii chrjaschtschewoi skani w mindalinach.)** *Wratsch Gaz. No. 27. 1904.*

In 4 von 45 mikroskopisch untersuchten Fällen fand G. Knorpelgewebe in den Rachenmandeln. In Anbetracht dessen, dass die mikroskopische Struktur das Bild eines Faserknorpels darbot, sieht der Autor sich veranlasst, die metaplastische Entwickelung desselben anzunehmen.

P. HELLAT.

45) **James E. Newcomb. Knochen und Knorpel in der Tonsille. (Bone and cartilage in the tonsil.)** *N. Y. Medical News. 24. September 1904.*

Verf. giebt eine Uebersicht über das in der Literatur über diesen Gegenstand Vorhandene und berichtet über einen Fall seiner Beobachtung, eine 40jährige Frau, die mit Klagen über häufige Halsentzündungen zu ihm kam. Die Tonsillen wurden hyperplasirt gefunden und abgetragen; bei der Operation der linken hatte man das Gefühl, dass das Instrument in eine harte Substanz gerieth. Bei der Untersuchung des Gewebes fand man darin eine kleine knöcherne Spitze und bei der Palpation des Tonsillarstumpfs konnte man constatiren, dass man die Spitze des abnorm langen und abnorm verlaufenden Processus styloideus abgeschnitten hatte. Verf. meint, es sei nicht festzustellen, wie häufig diese Anomalie sei. Eine klinische Wichtigkeit kommt ihr nur dann zu, wenn in Folge der Länge und des schrägen Verlaufs des Styloidfortsatzes eine Irritation der Tonsille verursacht wird.

LEFFERTS.

46) **R. M. Funnicliff. Die Anwesenheit von Streptokokken auf normalen Tonsillen. (The presence of streptococci on normal tonsils.)** *Transactions of the Chicago Pathological Society. 15. Juni 1904.*

Verf.'s Resultate stimmen mit den von Hilbert und anderen überein und ergeben, dass constant an normalen Tonsillen sich Streptokokken finden, die für weisse Mäuse ebenso virulent sind, wie die von Scharlachkranken stammenden.

EMIL MAYER.

47) **Kutvirl** (Prag). **Ueber Tumoren der Mandeln.** *Aerztliche Central-Zeitung. No. 15—19 incl. 1903.*

K. bespricht eingangs die widerstreitenden Ansichten über „normale Tonsillen", schaltet die blosse Vergrösserung der Mandel — als nicht Tumor — von der Abhandlung aus und bringt einige differentialdiagnostische Merkmale zwischen benignen und malignen Tumoren der Gaumenmandeln. Betont wird die Schwierigkeit bei Deutung der histologischen Befunde in manchen Fällen von fraglicher Lues oder Sarcom. 14 Krankengeschichten: 3 Lymphosarkome, 2 Sarkome, 1 Angiosarkom, 1 Adenocarcinom, 1 Cancroid, 1 Carcinom, 2 Fibrome, 1 Angiom. 2 Fälle wurden histologisch nicht untersucht. Bei malignem Tumor der Tonsille empfiehlt der Autor digitale Evulsion per os eventuell nach vorheriger Spaltung des weichen Gaumens.

CHIARI-HANSZEL.

48) **Bezdek** (Brünn). **Ein Fall von Tonsilla pendula.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 18. 1904.*

Ein etwa erbsengrosses, gestielt am oberen Pole einer Tonsilla palatina aufsitzendes Gebilde, das sich histologisch als aus atrophischem Tonsillargewebe bestehend erwies.

CHIARI.

49) **Rich. Deile** (Leipzig). **Lipoma tonsillae palatinae.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 399. 1903.*

Mittheilung eines Falles. Verf. weist darauf hin, dass das Vorkommen von Fettzellen in der Gaumenmandel nichts Ungewöhnliches ist, so dass das Lipom der Tonsille als eine hyperplastische, nicht als heteroplastische Bildung anzusehen ist.

F. KLEMPERER.

50) **C. Compaired** (Madrid). **Voluminöses Sarkom der linken Gaumenmandel; Operation; Heilung. (Voluminoso sarcoma de la amigdala palatina izquierda; operación; curación.)** *El Siglo Médico. No. 11. October 1903.*

Genannter Tumor verursachte nur die mechanische Schwierigkeit beim Athmen und Schlucken. Verdrängung der Nachbarorgane. Die Exstirpation erfolgte leicht in einer einzigen Sitzung.

R. BOTEY.

51) **Rabé** und **Denis. Sarkom der Mandel. (Sarcoma de l'amigdale.)** *Société anatomique. 15. April 1904.*

Es handelt sich um einen ein 9jähriges Kind betreffenden Fall. Der ungefähr apfelsinengrosse Tumor verschloss den Isthmus oro-pharyngealis fast völlig und nach einem Suffocationsanfall entschloss man sich zur Abtragung der Geschwulst. Nachdem die Tracheotomie gemacht war, wurde eine Vergrösserung der Mundöffnung dadurch herbeigeführt, dass eine Incision schräg nach dem Kieferwinkel zu gemacht wurde, der horizontale Kieferast vor dem Ansatz des M. masseter durchsägt wurde. Dann konnte der Tumor losgeschält werden. Nach 3 Monaten war ein Recidiv vorhanden, an dem das Kind zu Grunde ging.

PAUL RAUGÉ.

52) **Moizard, Denis** und **Rabé. Bösartige Mandelgeschwülste beim Kinde. (Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant.)** *Archives de méd. des enfants. No. VIII. 1904.*

Im Anschluss an einen Fall von Sarcom bei einem 9jährigen Kind (cfr. das vorhergehende Referat) machen die Verff. die bösartigen Mandelgeschwülste bei Kindern zum Gegenstand ihres Studiums. Unter 130 überhaupt publicirten Fällen haben sie 14 das Kindesalter betreffende gefunden. Im Anfangsstadium ist die Diagnose sehr schwer, weil es aus dem blossen Anblick fast unmöglich ist, die Tumoren von einer einfachen Hyperplasie zu unterscheiden. Die Einseitigkeit der Affection muss immer Verdacht erregen, ferner das schnelle Wachsthum der Geschwulst, sowie Symptome von Kräfteabnahme. Die zur Ermöglichung der Ernährung und Athmung oft nöthige Operation hat meist nur den Effect, die Verallgemeinerung des Uebels zu beschleunigen.

A. CARTAZ.

53) **Wm. R. Murray. Die versenkte Tonsille. (The submerged tonsil.)** *North-western Lancet. Mai 1904.*

Verf. räth zur Anwendung der kalten Schlinge oder der Robertson'schen Tonsillarscheere. EMIL MAYER.

54) **Thomas T. Harris. Die versenkte Tonsille. (The submerged tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 30. Januar 1904 und N. Y. Medical News. 9. Juli 1904.*

Die Operation der durch den adhärenten vorderen Gaumenbogen verdeckten Tonsille soll darin bestehen, dass man zunächst diesen und, wenn nöthig, auch den hinteren Gaumenbogen freilegt und dann erst die Tonsille entfernt.

LEFFERTS.

55) **J. Tuixaus** (Barcelona). **Ueber den Einfluss der Hypertrophie der Tonsillen auf das Wachsen. (Influencia de la hipertrofia de las amigdalas en el crecimiento.)** *La Medicina de los Ninos. Enero 1904.*

Ein Fall von Tonsillarhypertrophie bei einem 8jährigen Knaben, dessen physische und geistige Fähigkeiten in der Entwicklung zurückblieben, nach Verf.'s Ansicht zweifellos in Folge jener Rachenaffection. R. BOTEY.

56) **Percy G. Goldsmith. Tonsillarhypertrophie und deren operative Behandlung. (Tonsillar hypertrophy and its operative treatment.)** *Canada Lancet. Februar 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

57) **Carles M. Robertson. Entfernung der Tonsille; einige Beobachtungen und eine neue Operationsmethode. (Removal of the faucial tonsil; some observations and a new method of operation.)** *Journal American Medical Association. 28. November 1903.*

Nach Ablösung des vorderen Gaumenbogens mit einem gekrümmten Messer entfernt Verf. die Tonsille mittels einer Scheere. Auf diese Weise gelingt die gründliche Abtragung auf das Beste. In manchen Fällen sieht man bei der Operation fibröser Tonsillen eine Blutung aus einem kleinen arteriellen Gefäss; in solchen Fällen fasst R. das blutende Gefäss sammt dem umgebenden fibrösen Gewebe und excidirt es, bis er auf das die Tonsille umgebende Bindegewebe kommt. Dann retrahirt sich das Gefäss und die Blutung steht. EMIL MAYER.

58) **Henrici. Die Amputation der hypertrophischen Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1904.*

Empfehlung der im Titel erwähnten Methode als der idealsten, wobei wohl mancher Fachmann ein Fragezeichen zu machen versucht sein dürfte. SCHECH.

59) **Ches. Nelson Spratt. Eine verbesserte Schlinge zur Entfernung der Tonsille. (An improved snare for the removal of the faucial tonsil.)** *American Medicine. 30. Januar 1904.*

Das Instrument ähnelt einem Tonsillotom; das schneidende Blatt ist durch eine Drahtschlinge ersetzt. Nachdem die Tonsille zuerst von den Gaumenbögen losgelöst ist, wird das Instrument umgelegt, während ein Assistent von aussen

her hinter dem Unterkieferwinkel stark drückt. Die Drahtschlinge liegt in einem Falz des ovalen gefensterten Metallrings, der um die Tonsille gelegt wird, und kommt erst hervor, wenn der am Handgriff befestigte Schieber zurückgeschoben wird.

EMIL MAYER.

60) **J. E. Rhodes. Eine neue Tonsillarzange. (A new tonsil punch forceps.)** *Medical Standard. Mai 1904.*

Das beschriebene Instrument unterscheidet sich von anderen dadurch, dass es eine rechtwinklige Biegung hat.

EMIL MAYER.

61) **Kricheldorf. Mundbeleuchtungsspiegel mit ansetzbarem Mundspiegel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1904.*

Derselbe besteht aus dem Griffe, dem Spatel mit Lampe und einem ansetzbaren Mundspiegel, den Zuleitungsdrähten und einer Trockenbatterie: zu beziehen durch Rosset, Freiburg i. B.

SCHECH.

62) **Pirquet. Gefensterter Mundspatel aus Nickeldraht.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 38. 1904.*

Auf der Escherich'schen Kinderklinik in Wien im Gebrauche: die eine Modification ist ganz gefenstert, die andere nur vorne. Zu beziehen durch Dohnat, Spitalgasse 21, Wien.

SCHECH.

d. Diphtherie und Croup.

63) **V. Monnier** und **A. Gendron. Klinische und experimentelle Studie über die Persistenz des Klebs-Löffler'schen Bacillus in den Nasenhöhlen und der Mundrachenhöhle von Diphtheriereconvalescenten. (Etude clinique et expérimentale sur la persistance du bacille de Klebs-Löffler dans les fosses nasales et dans la cavité buccopharyngée des convalescents de diphtérie.)** *Gaz. hebdom. de Nantes. August 1904.*

Noch 60 Tage nach Ablauf der Krankheit konnte man aus dem Pharynx und der Nase virulente Bazillen züchten. Der Bacillus scheint in der Nase noch länger zu verweilen, als im Hals; Verff. konnten ihn dort noch nach $4^1/_2$ Monaten auffinden. Ausspülungen der Mundrachenhöhle verändern die bakteriellen Verhältnisse in derselben, desgleichen Darreichung von aus getrocknetem Serum gefertigten Pastillen per os, auf die Nasenhöhle haben diese Maassregeln keinen Einfluss. Verf. räth, bei den Reconvalescenten Seruminjection in Dosen von noch zu bestimmender Höhe zu machen.

A. CARTAZ.

64) **F. Leegaard** (Christiania). **Diphtheriebacillen bei gesunden Schulkindern. (Difteribaciller hos friske Skoleborn.)** *Tidskrift f. d. Norske Laegeforening. p. 651. 1903.*

Unter 341 untersuchten gesunden Schulkindern einer Schule in Christiania wurden bei 2pCt. Diphtheriebacillen nachgewiesen. Thierversuche wurden nicht angestellt.

E. SCHMIEGELOW.

65) **Stadler** (Frauenfeld). **Statistischer Beitrag zu dem Verlaufe der Mortalität von Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Masern in der Schweiz in den Jahren 1876—1900.** *Dissertation. Bern 1903.*

Ausführliche statistische Arbeit über Vertheilung der Mortalität der genannten Krankheiten auf 1. die Bevölkerung, 2. die Gesammtsterblichkeit, 3. das Alter, 4. Geschlecht, 5. Städte etc. Uns interessiren hier nur die hauptsächlichsten Angaben über die Diphtherie (D) und den Keuchhusten als laryngeale Neurose (K), ganz abzusehen von den örtlichen Vertheilungen.

1. Bevölkerung: D. in 6jährigen Perioden mit auf- und mit absteigender Curve ergaben sich Grenzen von 0,303—0,896 pM., Mittelwerth 0,489 pM., K.-Grenzen 0,139—0,348 pM.

2. Gesammtsterblichkeit: D. 14,2 (1897) bis 40,8 (1882), K. 7,0 (1893) bis 15,9 (1881).

3. Alter: Maxima D. 3. und 4. Lebensjahr 2.61 pCt., K. 1. Lebensjahr schon vom 1. Monat an steigend in toto 62pCt.

4. Geschlecht: D. kein Unterschied, K. 12,8pCt. mehr weibliche Mortalität.

Bezüglich der Erfolge des Diphtherieserums ergaben sich nach einer aufgeführten Berechnung von de Maureus, zu deren Beurtheilung hier die Anhaltspunkte fehlen, für 32 Schweizerstädte keine entscheidenden Zahlen, weil die Serumperiode in bedeutende Curvenschwankungen hineinfiel, so dass in einer aufsteigenden 6jährigen Curve die Mortalität durch das Serum sich sogar zu steigern schien. Zahlreiche Tafeln mit statistischen Zahlen und Curven finden sich am Schlusse der Arbeit.

JONQUIÈRE.

66) **Arthur Lessard. Diphtheriesterblichkeit in der Provinz Quebec. (Mortalité par la diphtérie dans la province de Quebec.)** *L'union médicale du Canada. October 1904.*

Im Jahre 1902 kamen in der Provinz Quebeck 813 Todesfälle an Diphtherie vor. Diese nach dem Verf. viel zu hohe Ziffer wird auf die zu späte und überhaupt verabsäumte Anwendung des Antitoxin zurückgeführt. Verf. plaidirt für kostenlose Vertheilung des Mittels seitens eines zu errichtenden provinciellen Instituts.

EMIL MAYER.

67) **Thos. W. Salmon. Die Beziehung milder Formen von Diphtherie zur allgemeinen Gesundheit. (The relation of mild types of diphtheria to the public health.)** *N. Y. Medical News. 21. November 1903.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass im Verlauf von Diphtherieepidemien eine Zunahme der Fälle von einfacher Halsentzündung zu constatiren ist. Manche dieser Halsentzündungen sind auf den Diphtheriebacillus zurückzuführen und bilden eine Gefahr für die Allgemeinheit. Verf. schlägt für diese Fälle von nicht membranöser Form die Bezeichnung „katarrhalische Diphtherie“ vor. Er hofft, dass sich dann eher die Möglichkeit ergeben wird, das Publikum dafür zu erziehen, dass es auch in diesen Fällen eine ansteckende Krankheit erblickt.

LEFFERTS.

68) **Fr. Baudouin. Hypertoxische Diphtherie mit Streptokokkeninfection und Marmorek'sches Serum. (Strepto-diphtérie hypertoxique et sérum de Marmorek.)** *Annales méd.-chir. du centre. No. 16. 1904.*

Verf. berichtet über einen sehr schweren Diphtheriefall bei einem Kinde mit Albuminurie, Epistaxis, Delirien, Zungenlähmung, bei dem Anwendung von Diphtherieserum völlig versagte. Es wurden Injectionen mit Marmorek'schem Streptokokkenserum gemacht; an der Injectionsstelle bildete sich ein Abscess, in dessen Eiter Reinculturen von Streptokokken gefunden wurden. Es trat Besserung und schliesslich Heilung ein.

A. CARTAZ.

69) **Franklin W. White** und **Howard H. Smith. Herzcomplicationen bei Diphtherie. (Heart complications in diphtheria.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 20. October 1904.*

Verff. verfügen über 946 während eines Jahres im Boston City Hospital zur Beobachtung gelangte Fälle. Sie heben die grosse Häufigkeit von Herzgeräuschen und Pulsunregelmässigkeit hervor. Die Prognose hängt nicht von der blossen Anwesenheit dieser Symptome ab, sondern von der Schwere der Infection, der Länge der Zeit, während der die Krankheit nicht behandelt wurde, der Art und dem Grade der Pulsirregularität und dem Befund von ernsteren Herzsymptomen. Mässige Störungen seitens des Herzens sind sehr häufig, ernstere Complicationen dagegen selten. Da der Rhythmus des Herzens oft erheblich wechselt, so sind, wenn man zu einem richtigen Urtheil gelangen will, häufige Untersuchungen nöthig. Galopprhythmus, epigastrische Schmerzen, Erbrechen und Schwäche sind als gefahrdrohende Zeichen aufzufassen; ist gleichzeitig Galopprhythmus und Erbrechen vorhanden, so ist die Prognose höchst ungünstig. Die frühzeitige Anwendung von Antitoxin kann prophylactisch gegen das Auftreten schwerer Herzcomplicationen wirken. Die meisten ernsteren Herzcomplicationen treten in der 2. und 3. Woche auf. Plötzlicher Herztod ist, wenn die Patienten genügend lange im Bett gehalten werden, sehr selten. Nach Ablauf von 4 Wochen kann man die Gefahr einer Herzcomplication als ausgeschlossen betrachten. Herzgeräusche und Pulsirregularitäten halten in vielen Fällen noch lange an und machen eine häufige Untersuchung des Herzens während der Reconvalescenz zur Pflicht.

EMIL MAYER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **A. Martin** (Barcelona). **Zwei Fälle von Reflexneurose laryngealen Ursprungs. (Dos casos de neurosis reflejàs de origen laringeo.)** *Gacet. Médica Catalana. April 1903.*

In beiden Fällen handelte es sich um Kehlkopfspolypen, welche bei dem einen Patienten asthmatische, bei dem anderen epileptiforme Anfälle hervorriefen. Mit der Exstirpation beider Polypen verschwanden die neurotischen Krankheitssymptome.

R. BOTEY.

71) **J. Argullós** (Barcelona). **Keuchhusten. (Coqueluche-tosferina).** *Revist. de Medicin. Contemporán. October 1903.*

Unterscheidung der verschiedenen Stadien des Keuchhustens und ihrer Be-

handlung. Als Antisepticum zieht Verf. das Calcium sulfur. in steigender Dosis vor.

R. BOTEY.

72) **N. Swoboda** (Wien). **Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin.** *Wien. klin. Rundschau No. 23. 1904.*

Antitussin ist eine Salbe, die aus 5 Theilen Difluordiphenyl, 10 Theilen Vaselin, 85 Theilen chemisch reinem Wollfett besteht und wird, nachdem die Haut des Rückens, des Halses und der Brust abgewaschen und gründlich abgetrocknet ist, mit flacher Hand energisch in die genannten Hautpartien eingerieben. Die Erfolge waren ermuthigende.

CHIARI.

73) **John G. Sheldon. Lähmung des linken Recurrens in einem Fall von Mitralstenose. (Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve in a case of mitral stenosis.)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1904.*

Pat. ist eine 38jährige Frau. Das Bestehen einer Mitralstenose, eine intermittirende Lähmung des linken Recurrens, die mit der Herzinsufficienz synchron ist, das Fehlen aller Zeichen für Aneurysma, Tumor oder Adhäsionen führen den Verf. zur Diagnose einer temporären Lähmung des linken Recurrens, veranlasst dadurch, dass durch das linke Herzohr der Nerv gegen Aorta und Pulmonararterie gedrückt wird. Verf. citirt die einschlägige Literatur und kommt zu der Annahme, dass derartige Fälle oft übersehen oder missdeutet werden.

LEFFERTS.

74) **G. Gradenigo** (Turin). **Ueber einen Fall von habitueller Subluxation des Aryknorpels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 407.*

Beim Versuch zu phoniren, liess sich folgende Veränderung des bis dahin vollständig normalen Kehlkopfbildes beobachten: Verkürzung der betreffenden Stimmlippe und Fixation derselben in einer intermediären Stellung zwischen Respiration und Phonation; entsprechend dem Ligamentum ventriculare Hervortreten eines Vorsprungs gegen das Innere des Larynx mit glatter Oberfläche und normaler Schleimhaut.

F. KLEMPERER.

75) **Wolf** (Hansbach). **Drei Fälle von Fractur des Kehlkopfes und ein Fall von Luxation des Aryknorpels durch Trauma.** *Dissert. Leipzig 1904.*

In dem ersten Falle (Fall mit der vorderen Seite des Halses auf ein Brett) handelte es sich um eine Fractur des Schildknorpels, des Ringknorpels und einiger Trachealringe, in dem zweiten Falle (Eisenstange fiel quer über den Hals) um isolirten Bruch des Schildknorpels, im dritten Falle (Fall auf die Lenkstange des Rades) wahrscheinlich nur um einen Bruch der linken Kehlkopfhälfte. In einem weiteren Falle (Sturz auf eine Eisenstange) zeigte sich eine Luxation des linken Aryknorpels, indem dieser fast um seine ganze Breite nach dem Kehlkopflumen zu verschoben und vornüber gesunken war.

SEIFERT.

76) **Stolper** (Göttingen). **Ueber Kehlkopffracturen.** *Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medicin. 1. 1904.*

Im ersten Falle hatte sich ein Geisteskranker mit einem stumpfen Messer bei rückwärtsgeneigtem Kopfe eine Schnittwunde am Halse beigebracht und mit dem

Finger das Loch nach unten und oben hin aufgerissen; er konnte noch mit halblauter Stimme sprechen. Die Ring- und Schildknorpel waren gebrochen; Tracheotomia inferior, Naht der Knorpel, Tamponade der Wunde, Heilung. Im zweiten Falle war ein junger Arbeiter von einem anderen mehrmals zu Boden geworfen und gewürgt worden; Athmung sehr erschwert; sowie man den Kehlkopf und die Luftröhre von den Seiten her zusammenpresste, wurde die Athmung besser. Die nach der Tracheotomie vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergab keinen deutlichen Befund, doch wird eine Zusammenhangstrennung im knorpeligen Kehlkopfgefüge angenommen.

SEIFERT.

77) **R. Botey** (Barcelona). **Die Laryngoskopie, Tracheoskopie, Broncheskopie und Oesophagoskopie, auf directem Wege ausgeführt zur Entfernung von Fremdkörpern. (La laringoscopia, traquesscopia, broncospia y esofagoscopia directas en la extracción de los cuerpos extranos.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laringol. etc. No. 126. 1904.*

Auseinandersetzung der verschiedenen Untersuchungsmethoden mit Veröffentlichung von Photographien und Krankenberichten.

AUTOREFERAT.

78) **R. Hahn. Hämatom des Stimmbandes infolge Fremdkörper. (Ematoma della corda vocale da corpo straniero.)** *Bollett. della malatt. dell'orecchio, della gola e dal naso. September 1904.*

Ein 42jähriger Mann kam wegen acuter Laryngitis in Behandlung. Nach 14 Tagen kehrte er wieder mit der Angabe, seine Heiserkeit habe allmälig nachgelassen, bis er vor 6 Tagen eines Morgens wieder beim Erwachen heiserer als zuvor gewesen sei. Man fand die Röthung des rechten Stimmbandes zurückgegangen und im linken einen Fremdkörper von Farbe und Form eines Reiskorns, jedoch grösser als ein solches, zum Theil im Gewebe eingekeilt, zum Theil über den Rand des Stimmbandes hinausragend. Um ihn herum bestanden Entzündungserscheinungen. Der Fremdkörper wurde mit der Pincette extrahirt; er wurde nicht untersucht, aber der Wahrscheinlichkeit nach als ein Stück Mandel angesprochen. Am nächsten Tage konnte man unterhalb der Stelle, wo der Fremdkörper gesessen hatte, eine erbsengrosse, rothe, in das Lumen vorspringende Vorwölbung constatiren. Da die Aphonie anhielt, entfernte Verf. diese Vorwölbung nach einigen Tagen mit der schneidenden Zange. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Hämatom handelte.

FINDER.

79) **Althaus. Ein seltener Fall von Laryngotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers bei einem 10 Monate alten Kinde.** *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1904.*

Das Kind musste zuerst wegen Erstickungsgefahr tracheotomirt werden; da aber sich die Canüle wegen Fortdauer der Athemnoth nicht entfernen liess, wurde die Laryngotomie ausgeführt und ein Stück in den Morgagni'schen Ventrikel eingekeilter Eierschale entfernt: das Kind überstand die Operationen und noch dazu eine Pneumonie ganz gut.

SCHECH.

80) **Guinon** (Paris). **Fremdkörper der Glottis. (Corps étranger de la glotte.)** *Société de pédiatrie. 19. Januar 1904.*

Bei dem in asphyctischem Zustand ins Hospital gebrachten Kinde brachte die Intubation nur geringe Erleichterung. Lermoyez constatirte mit dem Laryngoskop einen Fremdkörper in der Glottis; er konnte ihn extrahiren. Es war ein Hemdenknopf.

PAUL RAUGÉ.

81) **M. Hajek. Fremdkörper im rechten Bronchus, Extraction mittels der unteren Bronchoskopie Killian's.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 508.*

Patient mit syphilitischer Larynxstenose wird tracheotomirt, dann mittels Schrötter'scher Zinnbolzen die Stenose dilatirt. Ein Bolzen gleitet in den subglottischen Raum, sein unteres Ende stemmt sich gegen den hinteren Rand des Canülenfensters. Da die Extraction weder des Bolzens per os noch auch der Canüle möglich ist, wird zur Laryngofissur geschritten. Beim Auseinanderziehen der Schildknorpelplatten verliert der Bolzen seinen Halt und stürzt nach unten in den rechten Bronchus, aus dem er mittels der Killian'schen Methode entfernt wird.

F. KLEMPERER.

82) **G. Killian** (Freiburg i. B.). **Die directe Tracheo-Brochoskopie und Oesophagoskopie. (La trachéo-bronchoscopie et l'oesophagoscopie directes.)** *La Presse Oto-Laryngologique Belge. No. 6. 1904.*

Mittheilung in der Belgischen otolaryngologischen Gesellschaft am 7. Juni 1903. Siehe Bericht über die Jahresversammlung der Gesellschaft.

BAYER.

83) **A. Coolidge jr. Die Extraction von Fremdkörpern aus den Bronchien. (The extraction of foreign bodies from the bronchi.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 13. October 1904.*

Vortrag, gehalten auf der 26. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

84) **Neumayer** (München). **Ueber Broncheskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38 u. 39. 1904.*

Mittheilung von 9 Fällen hauptsächlich aus der laryngo-rhinologischen Universitätspoliklinik München, durch die der hohe diagnostische und therapeutische Werth der Methode glänzend bestätigt wird. In den meisten Fällen handelte es sich um Fremdkörper, in einem Falle um eine ringförmige luetische Stenose, die durch das Vorschieben stärker werdender Röhren beträchtlich gebessert wurde; in einzelnen Fällen war die Chloroformnarkose oder die Tracheotomie nöthig. Die interessanten Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

85) **Garel** und **Durand** (Lyon). **Eine Stecknadel in einem Bronchus dritter Ordnung; Extraction mittels der Pincette durch die Bronchoskopie. (Une épingle dans une bronche de troisième ordre; extraction à la pince par la bronchoscopie inférieure.)** *Lyon médical. 24. April 1904.*

Dieser Fall ist der zweite in Frankreich nach der Killian'schen Methode operirte Fall. Der erste ist im December 1904 durch Lermoyez und Guisez ver-

öffentlicht worden. Es handelte sich in diesem Falle um eine Stahlnadel mit Glaskopf. Der Fremdkörper verursachte zuerst einen Suffocationsanfall mit Kehlkopfspasmen, der bald nachliess, um einem continuirlichen Husten Platz zu machen.

Die Radioskopie zeigte, dass die Nadel schräg in der rechten Lunge sass unterhalb der 4. Rippe. Der Kopf befand sich nach unten und aussen, die Spitze nach innen und oben gerichtet. Nach 5 Extractionsversuchen durch den Larynx wurde die Kranke tracheotomirt und das Bronchoskop durch die Tracheotomiewunde eingeführt. Bei der dritten Sitzung gelang es Garel den Fremdkörper, der in einer Tiefe von 16 cm sass, unter Leitung des Auges mit einer Pincette zu fassen. Dieses Resultat gelang erst, nachdem die Bronchien völlig anästhetisch gemacht waren. Er sah nur die Spitze der Nadel; der übrige Theil sass in einem Bronchialast dritter Ordnung. Man musste übrigens die Extraction zweimal machen, denn bei der ersten bewirkte eine tiefe Respiration des Patienten, dass die Nadel wieder in den Bronchus zurückwich. Verf. betont, dass bei Fremdkörpern der Bronchien 56 pCt. Todesfälle vorkamen und dass die Bronchotomie miserable Resultate giebt, zur Zeit ungefähr 100 pCt. mit tödtlichem Ausgang, wogegen die Killian'sche Methode in allen bisher publicirten Fällen erfolgreich war.

PAUL RAUGÉ.

86) **Ehrhardt** (Königsberg). **Ueber Intubation bei narbigen Stenosen und bei erschwertem Decanulement.** *Arch. f. klin. Chir. 71. Bd. 4. H. 1903.*

In der Königsberger Klinik wird seit 7 Jahren bei der diphtherischen Stenose der Luftwege die Intubation mit dem günstigsten Erfolge geübt. Bei starker Betheiligung des Rachens, bei tief asphyktischen Kranken darf die Intubation nicht versucht werden. Ganz besonders wird die Intubation bei der Behandlung des erschwerten Decanulements und der narbigen Kehlkopfstenosen empfohlen. Auch bei einem inoperablen Recidive eines Strumacarcinoms, sowie bei der Dilatation syphilitischer und anderer Stenosen des Larynx hat gelegentlich die Intubation besondere Dienste geleistet.

SEIFERT.

87) **Louis Fischer. Der Zustand der oberen Luftwege vor und nach der Kehlkopfintubation. (The condition of the upper air passages before and after intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 2. April 1904.*

Eine Anzahl von Kindern, die einige Jahre vorher operirt worden waren, wurden vom Verf. untersucht. Die erste Serie umfasst 10 Kinder aus der Hospitalpraxis, von denen 8 einmal, eins dreimal und eins viermal intubirt worden waren. Vier von ihnen, bei denen der Eingriff 6 Jahre zurückliegt, und ein vor 7 Jahren operirtes Kind befinden sich wohl, desgleichen 5 vor 3 Jahren operirte Kinder. Eins von diesen hatte 2 Jahre nach der Intubation einen Anfall von Croup, ohne dass eine Reintubation nöthig wurde. In allen Fällen dieser Serie beobachtete Verf. chronische Veränderungen an den Tonsillen oder der Pharynxschleimhaut. Bei zwei Kindern waren adenoide Vegetationen vorhanden.

Die zweite Serie umfasst 23 Fälle aus der Privatpraxis. Die Durchschnittsdauer, während welcher die Tube getragen wurde, umfasste $9^1/_2$ Tage oder 228 Stunden. Rhachitis fand sich sehr häufig. In der Mehrzahl von 16 Fällen waren

die Verhältnisse der oberen Luftwege vorwiegend normal; es fanden sich adenoide Vegetationen, chronische Rhinopharyngitis und Tonsillenhypertrophie. Langandauernde Laryngitis hatte in 4 Fällen bestanden.

F. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: „Alle Kinder aus beiden Serien, die wiederhergestellt wurden, waren Brustkinder; diese Art der Ernährung muss auf die Entwickelung der Knochenbildung und der Muskelstructur einen wichtigen Einfluss haben. Niemals konnte ein chronischer Husten auf das Tragen der Tube zurückgeführt werden. Zieht man zum Vergleich eine gleiche Zahl von Kindern, die niemals intubirt worden sind, heran, von gleichem Alter und Entwickelungszustand, so sieht man, dass sie in der gleichen Proportion, wie die Kinder der beiden obigen Serien, an Pneumonie und anderen Infectionskrankeiten erkranken. Das ist ein glänzendes Argument zu Gunsten der Intubation; zunächt beweist es die Toleranz des Kehlkopfes gegen das wochenlange Tragen des Tubus, ferner, dass ein geeignetes Gummirohr keine auf die Intubation zurückzuführende chronische Entzündung zurücklässt. Ans der Thatsache, dass eine grosse Anzahl der Kinder rhachitisch waren, folgert Verf., dass solche Kinder mit mangelhaft ausgebildetem Brustkorb leichter inficirt werden, als andere. LEFFERTS.

88) **Louis Fischer** (New-York). **Die Endresultate der Intubation des Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 430.*

Verf. stellte bei Nachuntersuchungen an Kindern der Hospital- und Privatpraxis, die in den Jahren 1896 bis 1900 intubirt wurden, fest, dass in keinem der Fälle eine Erkrankung der Luftwege (chronischer Husten oder andere) bestand, die auf Intubation zurückgeführt werden könnte. F. KLEMPERER

89) **Tommasi** (Lucia). **Intubation bei Ulcerationen der Ringknorpelgegend. (Intubazione nelle ulcerazioni della regione cricoidea.)** *Arch. d. Otologia. November 1903.*

Verf. berichtet über den Fall eines 4jährigen Kindes, das wegen Erstickungsgefahr bei primärer Larynxdiphtherie intubirt wurde. Die Tube wurde 3 Monate lang getragen, während dieser Zeit ungemein häufig ausgehustet und wieder eingeführt. Bei einer solchen spontanen Extubation fiel das Kind plötzlich todt um. Bei der Section fand man in der Ringknorpelgegend mehrere von Wucherungen umgebene Ulcerationen; der Knorpel war an diesen Stellen vom Perichondrium entblösst. Als Grund für diese Ulcerationen sieht Verf. nicht das persistente Tragen des Tubus an, sondern vielmehr den infectiösen Charakter der Krankheit. Er räth, nachdem die dringende Lebensgefahr durch die Intubation beseitigt ist, dann in aller Ruhe die secundäre Tracheotomie zu machen. FINDER.

90) **Burt Russell Shurley. Intubation. (Intubation.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. October 1904.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die O'Dwyer'schen Tuben sind im Allgemeinen zufriedenstellend und sollen nicht durch billige Modificationen ersetzt werden. Digitaluntersuchung der Umgebung des Larynxeingangs ist ungemein wichtig. Misslingen der Intubation ist, von sehr seltenen Fällen abgesehen, auf den Operateur zurückzuführen. Verlegung der Tube ist häufiger nach grossen

Antitoxingaben. In der Privatpraxis ist frühzeitige Intubation und Entfernung des Tubus am 4. Tage angezeigt. Es besteht ein directes Verhältniss zwischen frühzeitiger Extubation und Anwendung grosser Antitoxingaben. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

91) **Alt. Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1904.*

A. erzielte bei methodischer Behandlung mit Merck'schen Schilddrüsentabletten, à 0,1 alle 2 Tage, dann täglich eine, sehr günstige Resultate bei angeborener Myxidiotie. Wird durch Fehlen oder Versagen der Schilddrüse in einem Körper der intermediäre Stickstoffabbau behindert und dadurch die myxödematöse Autointoxication ausgelöst, so kann durch anderweitige Einführung von Schilddrüsensubstanz oder Thyreojodin die eigentlich dem Körper selbst zufallende Function der Eiweissoxydation ausreichend ersetzt und damit einer Eigenvergiftung vorgebeugt oder abgeholfen werden. SCHECH.

92) **Bern D. Colby. Ein Fall von Sarkom der Schilddrüse. (A case of sarcoma of the thyreoid.)** *Vermont Medical Monthly. 15. September 1904.*

Der Fall betraf eine 67jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein aus pigmentirten, grossen Zellen gebildetes Sarkom. EMIL MAYER.

93) **Oliver C. Smith. Accessorische Schilddrüse auf dem hinteren Drittel der Zunge. (Accessory thyreoid on the posterior third of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 29. October 1904.*

Bei der 50jährigen Patientin sah man beim Vorziehen der Zunge einen ovalen Tumor vom hinteren Drittel der Zunge hervorspringen, der die Epiglottis verdeckte. Der Tumor hatte eine Länge von ungefähr 5 cm und war $^2/_3$ mal so breit. Er fühlte sich fest, aber etwas elastisch an. Er war nicht schmerzhaft. Die Drüsen der Nachbarschaft waren nicht geschwollen, noch fand sich an der Thyreoidea etwas Abnormes. Der Tumor wurde unter geringer Blutung vom Munde aus mit dem Ecraseur unter Cocainanästhesie entfernt und erwies sich als aus Schilddrüsengewebe zusammengesetzt. LEFFERTS.

94) **Dolore** und **Piellot** (Lyon). **Chirurgie der Schilddrüse in der Klinik des Professor Porcet in Lyon. (Chirurgie du goitre à la clinique du professeur Porcet à Lyon.)** *Bulletin médical. 10. August 1904.*

Die den Zeitraum von 1891 bis 1904 umfassende Statistik erstreckt sich auf 152 Fälle von einfachem Kropf (103 Frauen, 49 Männer), 12 Strumitiden (6 Frauen, 6 Männer), 56 Fälle von Schilddrüsenkrebs (36 Frauen, 20 Männer). Die enucleirbaren Formen bildeten die Majorität: 93 Fälle; die nicht enucleirbaren Fälle sind seltener: 21 partielle Thyreodectomien, eine Resection und 23 Exothyreopexien. Der Schilddrüsenkrebs ist häufiger als man glaubt. Was die Operation betrifft, so ist die Punction mit und ohne nachfolgende Injection beim einfachen Kropf zu verwerfen. Bei den 93 Fällen von Enucleation waren 2 Todesfälle, bei 21 par-

tiellen Thyreodectomien 2 Todesfälle, bei 23 Exothyreopexien kein Todesfall vorhanden.

Beim Carcinom ist, wenn möglich, die Abtragung des Tumors zu versuchen.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

95) **Villemin. Gastrotomie wegen angeborenen Verschlusses der Speiseröhre. (Gastrotomie pour imperforation de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 6. Juli 1904.*

Das am dritten Tage nach der Geburt operirte Kind starb einige Tage später. Das untere Ende des Oesophagus endete, wie gewöhnlich in solchen Fällen, in die Trachea, der obere Theil endete in einen Blindsack.

PAUL RAUGÉ.

96) **Kirmisson** (Paris). **Angeborener Verschluss der Speiseröhre. (Imperforation congénitale de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 13. Juli 1904.*

Trotz der Gastrotomie trat am Tage der Geburt der Exitus ein.

PAUL RAUGÉ.

97) **James H. Dunn. Gastrotomie bei Oesophagusstrictur. (Gastrotomy in oesophageal structure.)** *N. Y. Medical Journal. 17. September 1904.*

Verf. berichtet über die Verbesserungen der Operationstechnik, beschreibt dieselbe und theilt 3 Fälle mit.

LEFFERTS.

98) **Bérard** (Lyon). **Ueber Fremdkörper der Speiseröhre. (A propos des corps étrangers de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 6. Juli 1904.*

Entfernung eines in Höhe des Sterno-Claviculargelenkes stecken gebliebenen Soustücks mit der Pincette aus der Speiseröhre eines 4 Monate alten Kindes. Die Operation wurde bei hängendem Kopf unter Führung des Fingers vorgenommen.

PAUL RAUGÉ.

II. Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen.

(Ausführlicher Bericht von Georg Avellis bei Stuber, Würzburg 1904.)

11. Versammlung Pfingsten 1904.

Vorsitzender: Zarnikow,
Schriftführer: Avellis.

1. Karl Hermann: Die Kunst des richtigen Athmens und ihre Bedeutung für die Lautgebung.

H. fasst seine Ausführungen, die vom Standpunkt des Sprachlehrers ausgehen, wie folgt zusammen: Die Kunst des richtigen Athmens, d. h. die Fähigkeit, mit der Brust oder dem Zwerchfell oder mit der gesammten Musculatur schnell oder langsam, an- und abschwellend unhörbar ein- und auszuathmen und nie



mehr Luft ausströmen zu lassen, als zur Erzeugung einer reiner Schwingung nothwendig ist, bleibt die Grundbedingung jeder gesunden, leichten und richtigen Tonbildung. H. empfiehlt, diese Ausathmung an den Halbvocalen m, n, w, b, z, i, r als Augenblicks- oder Dauerlaute (Summen) zu üben.

Discussion: Winckler, Avellis.

2. Killian (Freiburg): Bemerkungen zur Radicaloperation chronischer Kiefer- und Stirnhöhleneiterungen.

a) Empfehlung der Luc'schen Methode; die Oeffnung in der medialen Kieferhöhlenwand soll breit sein und gegebenen Falles ein entsprechender Theil der unteren Muschel resecirt werden. Primäre Naht der oralen Wunde macht K. nicht, tamponirt vielmehr (Beuteltamponade). b) Stirnhöhle: Weitere Ausführungen zu K.'s Verfahren.

Indicationen der Operation: 1. Erfolglosigkeit früherer Operationen. 2. Abscess und Fistelbildung. 3. Verdacht intracranieller Complicationen. 4. Schmerzen, Fieber, fötid werdendes Exsudat. 5. Kopfschmerzen, Augenbeschwerden, die nicht durch intranasale Eingriffe zu beseitigen sind. 6. Wenn die Eiterung trotz wiederholter Ausspülungen fötid bleibt. 7. Recidivirende Polypenbildung bei Entzündung der Stirnhöhle und Stirnzellen. 8. Bei einfacher Eiterung auf Wunsch des Patienten nach rascher Heilung. Verfahren: Tamponade der ganzen Nase mit Wattetampon, Hautschnitt bis aufs Periost, am temporalen Ende der Augenbraue beginnend, 4—5 Quermarken sind zu markiren. Periostschnitt etwas höher, als der Orbitalspange entspricht. Resection der vorderen Wand mit Lombard'scher Zange und Winkelmeissel, Resection des Stirnfortsatzes, des medialen und lateralen Theils des Stirnhöhlenbodens. Sorgfältige Beseitigung der Orbitalbuchten der Stirnhöhle ist unbedingt erforderlich. Keilbein- und Siebbeinzellen sind bei der Killian'schen Operation leicht zugänglich. Der Bildung eines Schleimhautlappens wird principielle Bedeutung nicht beigelegt. Primäre oder secundäre Naht, je nach Vorhandensein von acuten Processen und intracraniellen Complicationen. Zur Verbesserung des kosmetischen Resultates Paraffininjectionen.

Discussion:

Winckler will keine Universaloperation für die Stirnhöhle anerkennen, wendet in geeigneten Fällen osteoplastische Operationen an.

Hegener berichtet von schlechten Erfahrungen, die in der Heidelberger Ohrenklinik mit Modificationen der Killian'schen Operationen gemacht sind.

Stein giebt Winke, wie die von Vohsen und Killian erwähnten Nachtheile der Paraffininjectionen zu vermeiden sind.

Litwinowicz berichtet über drei Fälle, in denen nach Luc-Caldwell'scher Operation neuralgische Erscheinungen auftraten.

v. Eicken hat die Luc'sche Operation in 5 Fällen unter localer Anästhesie gemacht.

Killian: Schlusswort.

3. Jurasz: Zur Radicaloperation bei chronischen Eiterungen der Kieferhöhle.

J. befürwortet die Eröffnung der genannten Höhle von dem Processus alveolaris aus nach Extraction mehrerer Zähne. Anlegung einer hinreichend grossen Oeffnung, um Wucherungen etc. auszukratzen. Krankengeschichten von drei in dieser Weise operirten Fällen. Vortragender hebt hervor, dass diese Methode lediglich für die Fälle bestimmt sei, die, wie die erwähnten, mit Wahrscheinlichkeit als von einer Zahnerkrankung ausgehend erscheinen und bei denen der harte Gaumen nur schwach gewölbt sei. In diesen Fällen hat der Eingriff vor der Eröffnung von der Fossa canina aus folgende Vorzüge: Geringer Eingriff, ohne Narkose möglich, Möglichkeit eines guten Abschlusses von der Mundhöhle durch Prothese, schnelle Heilung.

4. Port: Demonstration von Prothesen für die Oberkieferhöhle.

P. empfiehlt die Eröffnung der Kieferhöhle vom Processus alveolaris aus recht breit zu machen; dann ist ein Zapfen, der die Wunde offen halten soll, überflüssig. Demonstration einiger Prothesen.

Discussion:

Proebsting empfiehlt in Uebereinstimmung mit Jurasz bei zahnlosen alten Leuten Eröffnung vom Zahnfortsatz aus, und zwar mit Knochenzange, es ist dafür, den Stift nicht an die Platte der Prothese zu befestigen.

5. Goldmann: a) Demonstration von Röntgenaufnahmen der Stirnhöhlengegend.

Aufnahme in anteroposteriorem Durchmesser mit Compressionsblende, Expositionszeit $1^1/_2$—2 Minuten, je nach Dicke des Schädels. Das Verfahren giebt Aufschluss über Dinge, die vor der Operation zu wissen erwünscht sind, wie und ob überhaupt Stirnhöhlen vorhanden, Lage, Ausdehnung, Lamellen in derselben etc.

b) Demonstration von Gefässanastomosen der Schilddrüse und des Kehlkopfes.

Injection der Schilddrüsengefässe unmittelbar vor Eintritt in die Schilddrüse mit Wismuthöl; Röntgenaufnahme ergab, dass der Kehlkopf gleichsam die Anastomosenbrücke für die Schilddrüsengefässe darstellt. G. weist auf die Wichtigkeit dieser Beziehungen der gedachten Organe bei Erkrankungen des einen derselben hin.

Discussion: Winckler.

6. Jurasz: Demonstration von Patienten.

a) Zwei Fälle von jahrelang endolaryngeal geheiltem Stimmbandcarcinom.

b) Zwei Fälle von ausgedehnten Gefässectasien im Mund, Rachen und Kehlkopf.

c) Einen Fall von Papillom des Nasenrachenraumes, auf der hinteren Gaumensegelwand sitzend.

7. von Eicken: Zur directen Laryngo-Tracheoskopie.

Die Mängel der Kirstein'schen Autoskopie mittelst Spatels haben zur Construction eines röhrenförmigen Instruments geführt, das bestimmt ist, den Kehlkopf (hintere Wand) und die Trachea direct sichtbar zu machen. Der Röhrenspatel wird nach Cocainisirung des Kehlkopfs über die Epiglottis hinweg in den Kehlkopfeingang eingeführt und ist fast bei allen Patienten anwendbar. Das Instrument bildet auch eine wesentliche Erleichterung zur Bronchoskopie; das Bronchoskop wird durch den Röhrenspatel hindurchgeschoben.

Demonstration an Patienten.

8. Winckler: Beitrag zur Therapie der Larynxtuberculose.

W. giebt mit aller Reserve einen Bericht von der heilenden Wirkung der Röntgenstrahlen bei Larynxtuberculose, die er in drei Fällen mit gutem Erfolge anwandte.

9. Seifert: Ueber Amyloid des Larynx.

Nach einer vollständigen Uebersicht über die Litteratur Bericht von einem Falle: 27jähriges Mädchen, bis auf Gelenkrheumatismus, mit 15 Jahren durchgemacht, stets gesund. Zur Zeit der Untersuchung im Uebrigen nichts Abnormes. Unter dem Taschenband ein Tumor, der aus dem Ventrikel hervorzukommen scheint; er ist von röthlicher Farbe, höckeriger Oberfläche, bei Sondenuntersuchung derbe Consistenz. Operative Entfernung des Tumors, Heilung. Histologische Diagnose: Amyloidtumor. Klinisches Bild: Höheres Alter, männliches Geschlecht vorwiegend befallen, Dauer zwischen mehreren Monaten und vierzig Jahren. Prognose günstig. S. unterscheidet die infiltrirende Form der Geschwulstbildung und den solitären oder multiplen knotigen Tumor. Farbe meist blassröthlich bis goldgelb. Goldgelbe Farbe und durchscheinende Beschaffenheit erleichtern die Diagnose. Aetiologie dunkel.

Blumenfeld weist auf einen Fall mit Metastasenbildung hin.

Lindt berichtet von einem weiteren Fall.

10. Winckler: Ueber die Entfernung von Gaumenmandeln und die Indication zu diesem Eingriff.

Die Resultate der Tonsillotomie, der Amputation des die Gaumenbögen überragenden Theiles der Gaumenmandel sind oft nicht zufriedenstellend. W. empfiehlt die Evulsion der Mandel; dieselbe wird mit Hartmann'scher Zange gefasst und stumpf mit dem Elevatorium ausgelöst unter Cocain oder Narkose. Heilung in 10 bis 12 Tagen. Unter 500 Fällen nur zweimal Nachblutung. Indication: 1. Verdacht auf Tuberculose. 2. Tonsillarabscesse und Peritonsillitiden. 3. Zerklüftete Tonsillen und Neigung zu Anginen. 4. Bei Pfropfbildung in der ganzen Tonsille. Bei harten, mit den Gaumenbögen verwachsenen Tonsillen, falls die Stimmbildung beeinträchtigt ist.

Discussion:

Kronenberg weist auf ein ähnliches Vorgehen Hopmann's hin.

Avellis weist auf die Wirkung der von Mackenzie und Semon empfohlenen Resina Guajaci bei peritonsillären Phlegmonen hin, bezweifelt die Wirkung

der Evulsion bei gewohnheitsmässiger Phlegmone nach Angina, da hier sich Mandelgewebe zwischen den Velumblättern findet.

Albert E. Stein: Ueber die Verwendung der Paraffininjectionen in der Rhinologie.

Siehe die Besprechung der Stein'schen Monographie in No. 11, S. 564 f., 1904, des Centralblattes. Blumenfeld (Wiesbaden).

b) Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen rhino-oto-laryngologischen Gesellschaft vom 11. und 12. Juni 1904.

Vorsitzender: Cheval.

Sitzung vom 11. Juni im St. Petrushospital.

I. Demonstration anatomischer Präparate.

Delie (Ypres): Echte Oberkiefer-Zahncyste.

D. hatte dieselbe bei einem 13jähr. Mädchen vermittelst der Trepanation des Sin. maxill. entfernt, eine fleischige, in eine fibröse Hülle eingeschlossene Gewebsmasse, in deren Centrum ein Eckzahn sitzt, enucleirend. Die Dentition hatte normal stattgefunden; bei der Durchleuchtung konnte man eine deutliche Opacität erkennen; bei der Punction entleerte sich eine mit Cholestearin vermischte Flüssigkeit.

II. Mikroskopische Präparate und Photogramme.

Onodi (Budapest): Photogramm anatomischer Präparate der Nase und von Nasenhöhlenoperationen.

Cheval zeigt im Auftrage Onodi's die höchst interessanten Photographien vor.

Schiffers (Lüttich) demonstrirt das mikroskopische Präparat eines myxomatösen Larynxtumors, welchen er einer 57jährigen Frau entfernt hatte; Sch. ist der Ansicht, dass man einen Unterschied machen müsse zwischen wahrem Myxom und localisirtem Oedem mit Tendenz zur Hypertrophie, welches gewöhnlich mit jenem confundirt werde. Was die Prognose anbelange, so recidivire das wahre Myxom gewöhnlich nicht nach seiner Abtragung, dagegen reproducire sich das localisirte Oedem mit Neigung zur Hypertrophie mit der grössten Leichtigkeit.

Jauques hält es für schwer, einen Unterschied zwischen den beiden Arten von Myxom herauszufinden; nach seiner Ansicht wäre eher eine Unterscheidung in der Evolution eines und desselben Tumors zu machen.

Auf Trétrop's Anfrage, worauf Sch. sich basire, um eine Differentialdiagnose zwischen beiden Affectionen zu machen, antwortet dieser, dass eine Differenz in dem Vorwiegen von Bindegewebe beim wahren Myxom und dem von Oedem in dem andern zu constatiren sei. Ausserdem differirten dieselben bezüglich der Prognose.

Schiffers: Sarkom der Mandel.

Mikroskopische Präparate einer sarkomatösen Mandel, herstammend von einer sehr alten Person; die mikroskopische Diagnose wurde vor 9 Jahren gestellt, da-

raus könne man ersehen, dass man bei derartigen Affectionen über die Prognose sich reservirt aussprechen sollte.

Schiffers: Kehlkopfepitheliom.

Tumor an der unteren Fläche des wahren Stimmbandes in der Reg. subglottica; das einzige Symptom bestand in Aphonie. Sch. zieht die Thyreotomie den endolaryngealen Eingriffen für die Heilung derartiger Fälle vor.

Delsaux (Brüssel): Kehlkopfkrebs, behandelt mit Radiumtherapie. Die Einwirkung des Radiums ist scharf ausgesprochen und besteht in der fibrösen Condensation der den Strahlungen ausgesetzten Zellen.

III. Vorzeigen von Instrumenten.

Broeckaert (Gent): Injector für kalte Paraffineinspritzungen.

Lagarde (Paris) hat kürzlich eine specielle Spritze für kalte Paraffineinspritzungen patentiren lassen, welche aber für die Rhinologie keine grossen Dienste zu leisten verspricht, da diese Eingriffe eine sehr grosse Delicatesse erheischen. B. zeigt eine Spritze vor, welche auf demselben Princip beruht, aber selbst nur die erste Etappe zur Realisation eines noch vollkommeneren Instrumentes bildet, welches möglich machen wird, die Injectionen mit einer einzigen Hand und der gleichen Leichtigkeit auszuführen, wie mit der Spritze für warme Injectionen.

Labarre (Brüssel): Paraffinspritze nach dem Princip der Delsaux-schen Spritze für Intratrachealinjectionen. Vortheil: Schnelligkeit der Ausführung der Injectionen und leichte Regulirung der zu injicirenden Paraffinmenge.

Delsaux (Brüssel): Adenoide Wucherungen und Contrerespiratoren.

Um die Kinder daran zu gewöhnen, den Mund geschlossen zu halten, hat D. intrabuccale Platten construirt, welche nach einem Abdruck der Zahnreihe und des Zahnfleisches modellirt sind, und sich exact dem Munde des Kindes anpassen. Diese Contrerespiratoren werden Anfangs nur einige Minuten gut ertragen, allmählich etwas länger, bis schliesslich das Kind damit einschläft. Um üble Zufälle zu vermeiden, befestigt man an einer an der Guttaperchaplatte angebrachten metallenen Oese einen Faden, welchen man dem kleinen Patienten um den Hals bindet. Es müssen mit dem Contrerespirator im Munde Athmungsübungen vorgenommen werden, und zwar zweimal täglich, verbunden mit Heben und Senken der Arme. Die damit erzielten günstigen Resultate veranlassten D., die Methode weiter zu empfehlen.

Heyninx (Brüssel) spricht sich für Metallplatten aus, als mehr aseptisch als die Hartkautschuckplatten. Delsaux wirft denselben aber vor, dass sie den Mund nicht exact schliessen, ausserdem könnten die Guttaperchaplatten hinreichend aseptisch gehalten werden.

Lenoir (Brüssel) zeigt eine Zange zur Eröffnung des Sin. maxill. vor; die Branchen derselben haben den Verschluss einer Geburtszange und dienen dazu, die Knochenwand, welche den Sinus von der entsprechenden Nasenhöhle trennt, zu fracturiren und zu entfernen.

Delsaux macht darauf aufmerksam, dass, abgesehen von der Verschlussvorrichtung, ein ganz ähnliches Instrument vor zwei Jahren von Merk vorgezeigt wurde; dieses Instrument ist Lenoir entgangen, er denkt sich aber, dass es dazu bestimmt sei, die Sinuswand zu trepaniren, weil man zu gleicher Zeit ein Knochenrondel entferne; sein Instrument schneide nicht und diene dazu, die Muschel zu zerstückeln und ebenso die Sinuswand, und zwar in einer mehr minder grossen Ausdehnung, was die Sinusdrainage erleichtere.

Labarre (Brüssel) explicirt die Vortheile seines „Aseptischen Compressenvertheilers", nämlich eine vollständig metallene, demgemäss sterilisirbare Büchse, welche es ermöglicht, an die Patienten je nach Bedürfniss eine aseptische Compresse nach der andern zu vertheilen.

Delsaux (Brüssel) zeigt ein aseptisches Instrumentenbesteck vor für Nasen-, Hals- und Ohruntersuchung ausser dem Hause.

Sitzung vom 12. Juni im St. Petrushospital.

IV. Krankenvorstellung.

Bayer (Brüssel) stellt eine Kranke vor von 18 Jahren, welche er an einer zahnhaltigen Cyste des linken Oberkiefers nach dem Verfahren von V. von Bruns operirt hatte mit der Modification, dass er die ganze hypertrophische Sinusschleimhaut mit entfernte. Resultat ohne jegliche Spur der früheren Difformität. Die Zahncyste enthielt zwei vollständig entwickelte Eckzähne, den Milchzahn und den bleibenden Eckzahn; sie repräsentirt somit den Typus follikulärer Zahncysten aus der 3. Periode, d. h. der Zeit der vollendeten Kronenbildung, wie sie der Autor in seiner Inauguraldissertation „Ueber die Zahncysten der Kiefer", Tübingen 1874 beschrieben.

Vorzeigen des Präparates.

Bayer stellt einen 27jährigen Kranken vor, welchen er an einer periostalen resp. subperiostalen Zahncyste des linken Oberkiefers im Februar l. J. operirt hatte; die Cyste hatte sich in der Alveole des 2. Schneidezahns entwickelt und innerhalb 7 Jahren Grosswallnussgrösse erreicht. Inhalt: serös-eitrige Flüssigkeit; die Knochenhöhle ist nunmehr nahezu obliterirt.

Bayer stellt ein junges Mädchen von 16 Jahren vor, welches an nahezu vollständigem Nasenverschluss mit starkem Näseln infolge polypöser Hypertrophie der Nasenmuscheln gelitten. Der Sprachfehler verhinderte ihre Aufnahme in der Ausbildungsschule für Lehrerinnen; sie war ausserdem in ihrer physischen Entwicklung sehr weit zurück; Amenorrhoe etc. Nach Resection des Kopf- und Schwanztheils der Muscheln und Transfixion derselben mit dem Galvanocauter stellten die Regeln sich alsbald ein und auch sonst entwickelte sie sich sehr rasch.

Hennebert (Brüssel) stellt eine an einer „Paradentalzahncyste" operirte Kranke vor. Dieselbe hatte sich 2 Jahre nach einem Bruch des rechten oberen Schneidezahnrandes entwickelt und wölbte die linke Oberlippenhälfte stark hervor; ihre vordere pergamentartige Wand umschloss eine weisse, dicke Cystenmembran ohne Adhärenz mit der sie umgebenden Knochenkapsel, aus welcher sie in ihrer ganzen Totalität enucleirt wurde. Die Zahncyste ragte nackt in das Cysteninnere

hinein (also eine „periostale Zahncyste". Ref.). Die histologische Untersuchung ergab eine äussere fibröse Lage, austapezirt nach innen mit einer dicken Schicht Epithelialzellen, die zum grössten Theil aus Plattenepithelien bestehen.

Capart jr. (Brüssel): Bösartiger Tumor der Nasenhöhle.

42jähr. Frau mit einem voluminösen, exulcerirten Tumor der rechten Nasenhöhle, begleitet von heftigen Blutungen, wird durch eine eingreifende Operation von ihrem Uebel befreit; der Allgemeinzustand hob sich mit einer Gewichtszunahme von 16 Kilo; die Heilung hält seit $1^1/_2$ Jahren an.

Beco (Lüttich) stellt einen $15^1/_2$jähr. Kranken mit Fibroenchondrosarcom der Nasenrachenhöhle vor, mit starken Verwachsungen und Fortpflanzungen auf die Nasenhöhle. Trotz Zerstückelung, galvanocaustischen Cauterisationen und Electrolysen nimmt dasselbe nicht ab. Der Allgemeinzustand hat sich übrigens gehoben. B. fragt, ob man mit der Electrolyse fortfahren und dieselbe eventuell verstärken oder ob man den Tumor exstirpiren resp. ausreissen solle?

Capart, Schiffers, Bayer sprechen sich für das erstere aus, weil sie damit gute Erfolge erzielt hätten, während Lubet-Barbon, Delie, De Greift und Blondian sich für die blutige Entfernung aussprechen. Lubet-Barbon verspricht sich von seiner Zange gute Dienste, während Delie die Rugine empfiehlt. Blondian und De Greift bemerken, dass die Tumoren im Allgemeinen weniger adhärent seien, als es den Anschein habe.

Cheval (Brüssel) stellt eine Reihe von an totaler Laryngectomie wegen Keklkopfkrebs operirten Kranken vor; er zieht diese Operation der partiellen Laryngotomie und Thyrotomie vor. Was die Radiumtherapie und die Methode von Mahu (Bepinselungen mit Adrenalin) anbelange, so könne er sich nicht darüber aussprechen, weil diese Methoden noch nicht die Zeitprobe bestanden hätten.

Mahu antwortet, seine Methode beanspruche keineswegs, krebsige Neubildungen zu heilen und habe nur einen palliativen Zweck.

Delsaux (Brüssel): Ausstülpung (Eversion) oder Vorfall (Prolaps) des Ventric. Morgagni? Seit den Studien von B. Fränkel (1894) ist man noch nicht darüber einig geworden, was man unter Eversion und Prolaps des Morgagni'schen Ventrikels zu verstehen habe. D. zeigt ein pathologisches Präparat vor, herstammend von einem geheilten Patienten. D. schlug vor, als Prolaps die Schleimhauthernie durch die natürliche Ventrikelöffnung und als Eversion die durch die Seitenwand des Larynx zu bezeichnen.

Heyninx möchte den umgekehrten Vorschlag machen und mit Eversion die Schleimhauthernie durch die natürliche Ventrikelöffnung und mit Prolaps die durch die Seitenwand des Larynx bezeichnen.

Delsaux betont die Seltenheit der Fälle und fügt bei, dass die Entfernung der Geschwulst mit der galvanocaustischen Schlinge vorgenommen und die Operationswunde rasch geheilt sei.

Labarre (Brüssel): Aeusserer nach der Mahu'schen Methode behandelter Kehlkopftumor ulcerirte mit allen klinischen Zeichen eines Epithelioms versehenen Geschwulst der äussern Fläche der rechten aryepiglottischen

Falte; die specifische Behandlung ergab kein Resultat, worauf Bepinselungen mit Adrenalin nach Mahu versucht wurden, worauf die Geschwulst sich so rasch zurückbildete, dass es schwer fällt, jetzt noch genau ihren Sitz festzustellen. L. betont das erzielte wirklich staunenswerthe Resultat, das ebenso wie die Diagnose von Capart sr., der die Kranke im Beginn der Affection untersucht hatte, bestätigt werden konnte.

Cheval spricht seine Bedenken aus, da keine mikroskopische Untersuchung vorliege.

Capart jr.: Trachealtrauma.

9 Stunden nach einem Versuch, sich zu hängen, stellt sich bei dem 64jähr. Patienten ein umfangreiches Emphysem des Thorax, der linken oberen Extremität, des Halses und des Gesichts ein. Tracheotomie ohne Narkose nach der Schleich-schen Methode. Während der Operation löste sich plötzlich die Trachea vom Larynx los, und es musste eine lange Incision gemacht werden, um sie aufzufinden und mit dem oberen Ende an die Haut zu fixiren. Heilung. In der Folge musste die Laryngofissur vorgenommen werden behufs Entfernung der fehlerhaften Narbe. Patient trägt jetzt keine Canüle mehr und seine Heilung kann als bleibend angesehen werden.

Goris (Brüssel): Spätresultat der Thyreotomie bei Larynx-tuberculose.

G. stellt die Kranke vor, bei welcher er vor einigen Jahren die Thyreotomie wegen beginnender Larynxtuberculose vorgenommen hatte. Resultat sehr gut und Heilung constant. Bei einem anderen, weiter vorgeschrittenen Falle, bei welchem G. denselben Eingriff vorgenommen hatte, war das Resultat einfach schlecht. G. schliesst daraus, dass die Methode bei dieser nur unter der Bedingung gute Resultate liefern könne, dass man die Krankheit gleich von Anfang an in Angriff nehme bei noch unversehrtem Allgemeinzustand. In vorgeschrittenen Fällen kein blutiger Eingriff.

Delsaux (Brüssel): Zwei Fälle von anomaler Beweglichkeit der Zunge.

Die Patienten können die Zunge nach oben umschlagen und hinter das Gaumensegel führen, und ebenfalls weiter herausstrecken, als das gewöhnlich der Fall ist. Er habe nur 6 derartige Fälle in der Literatur auffinden können.

Capart jr. (Brüssel): Oesophagusdivertikel.

Patient leidet an Deglutitionsbeschwerden seit mehreren Jahren. C. stellte die Diagnose Oesophagusdivertikel und nahm die Entfernung desselben vor; die Operation des ein ansehnliches Volumen repräsentirenden Divertikels gelang leicht und die Heilung ist definitiv. Nach C. sind die Divertikel nicht so selten, als man glauben könnte; er habe persönlich mehrere Fälle gesehen.

Goris fragt C., was er mit der Schilddrüse während der Operation gemacht habe? C. antwortet, er habe dieselbe, ebenso wie den Larynx, mit der grössten Leichtigkeit zurückgeschoben.



Laurent (Brüssel) möchte nähere Auskunft über die Aetiologie der Affection haben; C. kann ihn nicht befriedigen, da die Pathogenie der Oesophagusdivertikel zur Zeit noch lebhaft discutirt sei.

Goris (Brüssel): Riesenkropf, operirt in zwei Sitzungen: voluminöser Kropf; Halsumfang 54 cm, macht den Träger unfähig zu jeglicher Arbeit. Da der Kropf multilobulär war, dachte G. denselben leicht enucleiren zu können. Die Operation gestaltete sich aber im Gegentheil äusserst mühsam, und nach 2 langen Stunden musste G. wegen des schlechten Pulses die Operation aufschieben, um sie nach einigen Tagen zu vollenden. Diesmal gebrauchte er die Vorsichtsmaassregel, die Gefässe vorher zu unterbinden, was die Operation bedeutend erleichterte und rasch zur Ausführung bringen liess. Zu bemerken ist noch das Auftreten eines sehr intensiven postoperativen Thyreoidfiebers.

Labarre (Brüssel): Fall von Gesichtshemiatrophie, mit Erfolg behandelt durch die Paraffinmethode.

Beginn der Affection im Alter von 7 Jahren, zu welcher Zeit das linke Gesichtsskelett einen Wachsthumsstillstand erlitt, während die entgegengesetzte Seite sich normaliter entwickelte. Die Difformität nahm in der Folge stetig zu, bis sie den jetzigen Grad erreichte. Nachdem verschiedene Behandlungsweisen ohne Erfolg angewandt worden, kam Depage auf die Idee, die Gesichtssymmetrie mit Injectionen soliden Paraffins wieder herzustellen. Dazu wurden 20 ccm in zwei Sitzungen injicirt, zum Theil in die Gingivobuccalfurche, zum Theil unter die Haut. Das Resultat der Prothese war perfect und ist ein schlagender Beweis für den Werth der Gersuny-Eckstein'schen Methode für die Aesthetik.

Lenoir (Brüssel) stellt einen Patienten von 33 Jahren vor mit symmetrischen Polyexostosen des Gesichts: 1. einem gänseeigrossen Osteom im Bereiche des horizontalen Unterkieferastes und 2. einem grossmandelgrossen Tumor von derselben Beschaffenheit im Bereiche des aufsteigenden Astes des Oberkiefers. Die symmetrischen Läsionen begannen vor 8 Jahren; weder specifische noch hereditäre Antecedentien bei dem Kranken vorhanden.

Nachmittagssitzung im Solvay'schen Institut.

V. Mittheilungen.

Broeckaert (Gent): Rhinitis vegetans; anatomo-pathologische und bakteriologische Studie.

Die Affection habe ihren Sitz hauptsächlich im hinteren Theil der Nasenhöhle, und zeige im klinischen Sinne eine grosse Aehnlichkeit mit dem Lupus und der Tuberculose. Aus den von B. vorgenommenen histologisch-pathologischen Untersuchungen ergiebt sich, dass man es nicht mit einer lupösen oder tuberculösen Affection, wohl aber mit wirklich entzündlichen, vielleicht dem Staphylococcus zuzuschreibenden Tumoren zu thun habe, gegen welche die Curettage die beste Behandlung bilde.

Cartex (Paris) ist nie derartigen Producten an der Nasenscheidewand begegnet; er sieht dieselben als gleichbedeutend mit den „Muschelschwänzen" oder „maulbeerartigen" Muscheln an.

B. erkennt an, dass es sich um ein und dieselbe Affection handeln könne.

Ziem (Danzig): Ueber die Physiologie der unteren Muschel.

Z. hat eine Reihe sehr interessanter Photographien eingesandt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die bis jetzt noch nicht vollständig aufgeklärte Function der unteren Muschel bei Säugethieren; dieses Organ dient nicht nur dazu, die Einathmungsluft zu erwärmen, sondern spielt dank seiner blättrigen Form auch noch eine wichtige mechanische Rolle für die Olfaction. Es sind noch weitere Nachforschungen auf dem Gebiete der vergleichenden Physiologie und Anatomie an frischen Thierschädelschnitten nöthig, um die Coincidenz oder Nichtcoincidenz blättriger Muscheln mit Makrostomatie zu bestätigen.

Noquet (Lille): Ein Tumor der membranösen Scheidewand hatte sich in kurzer Zeit dermaassen entwickelt, dass er das linke Nasenloch vollständig ausfüllte; gleichzeitig trat eine erythematöse Eruption auf. Eine specifische Behandlung wegen syphilitischer Antecedentien brachte die Hauterscheinungen rasch zum Verschwinden, ohne jedoch den Tumor zu beeinflussen. N. entfernte ihn mit der galvanocaustischen Schneideschlinge. 10 Tage nachher war vollkommene Vernarbung eingetreten. N. glaubt, dass die Neubildung eine gewisse Analogie habe mit blutenden Nasenscheidewandpolypen.

Beco (Lüttich): Speichelcyste der Glossopharyngealgrube.

4wöchentliches Kind mit einem grosswallnussgrossen Tumor hinten im Halse: zeitweilig Respirationsstörungen; 14 Tage später starke Behinderung der Respiration mit deutlich ausgesprochenem Respirationsgeräusch (Ziehen), Deglutation dabei unbehindert. Zur Consultation berufen, constatirte B. das Vorhandensein eines cystenartigen Tumors in der Glossotonsillargrube. Eine Intervention war auf den folgenden Tag vorgesehen, aber in dem Augenblicke, in welchem B. erschien, hatte sich die Situation derartig verschlimmert, dass das Kind im Sterben lag. B. nahm rasch die Abtragung der Geschwulst mit der Scheere vor; eine gelbe Flüssigkeit überschwemmte den Mund; die sofort eingeleitete künstliche Athmung brachte das Kind zum Leben zurück; nach einigen Tagen war es vollständig geheilt, und ist nur mehr ein bohnengrosser Auswuchs vorhanden, der keine Tendenz zum Nachwachsen zeigt. Es handelt sich nach B. um eine Cystenbildung aus einer Drüse der Weber'schen Gruppe.

Hennebert (Brüssel): Bemerkungen zur Diaphanoskopie. Dieselbe spielt nach H. eine wichtige Rolle für die Diagnose der Sinusiten; sie bietet ein wichtiges Hülfsmittel unter der Bedingung, dass man sie regelrecht ausführt, d. h. 1. über eine Lampe verfügt mit verschiedener Lichtkraft; 2. zuwartet, ehe man die Translumination beginnt, bis sich das Auge an die Dunkelheit gewöhnt hat; 3. mehrere Untersuchungen im Zwischenraum von einigen Minuten ausführt; 4. bei der Untersuchung des Sin. maxill. einen besonderen Werth auf den Halbmond legt, welcher sich unterhalb der Orbita zeigt; 5. in zweifelhaften Fällen kann man diesen zum Vorschein bringen, indem man mit dem Finger einen Druck auf die Gewebe ausübt, oder die Untersuchung durch ein Stethoskop vornimmt; 6. wird man sich sorgfältig darüber informiren, ob Patient Inhaber eines künstlichen Gebisses ist, und wird es in diesem Falle zuvor herausnehmen lassen.

Trétrop (Antwerpen): **Rasche Heilung von schwerem Nasenlupus und umschriebenem Ohrlupus vermittelst Curettage und topischer Applicationen.**

T. geht von dem Grundsatze aus, dass man bei der Behandlung einer localen Mikrobenaffection 1. die Neubildungen, „wahre parasitäre Colonien", beseitigen und 2. das Terrain unfruchtbar machen müsse; um diesen zwei Indicationen Genüge zu leisten, greift T. zur Cürette und zum Formalin. Nach Localanästhesie mit dem Coryleur und in gewissen Fällen in Chloroformnarkose werden die tuberculösen Knötchen sorgfältig mit der Cürette entfernt, die Hämorrhagien mit Sauerstoffwasser gestillt und die ganze Wunde mit einer 10proc. Formalinlösung von der Zusammensetzung

Rp. Formalin pur. ca. 40 pCt. 10 ccm
Aqu. destill. 90 ccm

bepinselt. Nach einigen Tagen neue Curettage, wenn noch lupöse Knötchen übrig geblieben sind. Von dem ersten Eingriff an lässt er den Kranken 3mal pro die die kranke Fläche mit der Formalinlösung bepinseln. Die Krusten müssen vor der Bepinselung sorgfältig entfernt werden. Der Kranke stellt sich alle 2 Tage vor. Manchmal veranlasst die Reaction ein Aussetzen der Formalinbepinselungen während einiger Tage; in der Zwischenzeit verwendet man dann reine Milchsäure alle 2 Tage; dem Kranken giebt man behufs 3mal täglich vorzunehmender Bepinselungen eine Lösung von $^1/_3$ bis $^1/_2$. Eine gute und wirksame Medication, welche nur geringe Krustenbildung gestattet, ist:

Rp. Formalin pur. ca. 40 pCt. 1 ccm
Acid. lactic. pur.
Glycerini neutral. } ana 5 ccm
Aqu. destill.
MDS. 3mal tägl. damit einpinseln.

Sind die Knötchen verschwunden, so verwendet man mit Vortheil milde, leicht antiseptische Salben. Die Heilung des Lupus fungos., vegetans und erodens erheischt 5—6 Wochen, der Ohr- resp. präauriculäre Lupus meist längere Zeit, jedoch nicht ganz 2 Monate. Das ästhetische Resultat ist sehr günstig. Die Narben sind ebenso glatt, als bei den besten Verfahren. T. fügt Beobachtungen geheilter Fälle an, zeigt Photographien von Lupösen vor, wie sie vor der Behandlung sich präsentirten und mit den erzielten Resultaten nach der Behandlung.

Cartex (Paris): **Die gerichtsärztliche Begutachtung für den Kehlkopf.**

Mittheilung einiger Begutachtungen von speciell die Stimme betreffenden Unfällen. C. bespricht der Reihe nach die Bedingungen, unter welchen dieselben stattfanden, die Rolle, welche dem Laryngologen dabei zufällt, und die gerichtlichen Urtheile, welche darauf erfolgten. Bald handelt es sich um Traumen, welche einen Theil des Phonationsapparates (Lungen, Kehlkopf, supraglottischen Resonnanzapparat) beschädigten, bald ist die Stimmstörung nur die Folge einer traumatischen Neurasthenie; manchmal ist die Stimme beeinträchtigt durch

Läsionen, welche durch professionelle Abnützung der Stimmbänder hervorgerufen werden, oder gar handelt es sich um eine Ueberanstrengung des Stimmorgans. Das Laryngoskop, verbunden mit einer Untersuchung des Allgemeinzustandes des Postulanten, gestatten, die gestellte Frage genau zu beantworten. Die Infirmität ist zwar partiell, aber doch sehr häufig definitiv. Wenn dieselbe nur vorübergehend ist, so überdauert sie nicht lange die Verweigerung des Schadensersatzes, denn hier wie bei anderen Unfällen ist die Begleichung desselben ein ausgezeichnetes Heilmittel.

Bayer führt eine charakteristische Beobachtung von einer traumatischen, functionellen Aphonie resp. Mutismus bei einem Kohlenbergwerksarbeiter an, bei welchem er zur grössten Genugthuung des Patienten und noch mehr der verantwortlichen Actiengesellschaft die Stimme durch Suggestion wieder zurückgebracht habe.

Broeckaert (Gent): Resection des Recurrens und des grossen Halssympathicus beim Affen und Kaninchen mit Projectionen polychromer Schnitte nach dem Verfahren von Forus.

Da die durch die Resection des Recurrens erzielten Resultate im Gegensatze stehen zu den allgemein vertretenen Anschauungen, hat B. es für zweckmässig gefunden, eine öffentliche, auf Distanz sichtbare Demonstration der Muskelalterationen zu geben, welche auf diese Operation folgen. Wie die Schnitte zur Evidenz beweisen, ist die Durchschneidung des Recurrens bei Kaninchen von einer rapiden und constanten Atrophie des Musc. thyreoarytaenoid. ext. allein gefolgt. Diese schon nach drei Wochen sichtbaren Alterationen lassen sich nicht mehr verleugnen, wenn man das Thier noch 6 Wochen am Leben lässt. Das Resultat ist das gleiche beim Hund, der Katze und dem Meerschweinchen. Um dem Einwurf zu begegnen, dass die Kehlkopfsinnervation wahrscheinlich eine ganz andere bei diesen niederen Thieren ist, hat der Autor in der letzten Zeit die Versuche an einer Reihe, sei es dem Genus rhesus, sei es dem G. maccacus angehörigen Affen vorgenommen. Schon nach einem Monat konnte man auf Distanz sichtbare Alterationen am Musc. thyreoarytaenoid. ext. constatiren, keine Veränderung, selbst nicht bei starker Vergrösserung, an irgend einem anderen Muskel. Liess man das Thier leben, so waren 5 Monate nach der Operation die Kehlkopfschnitte absolut demonstrativ. Der Musc. thyreoarytaenoid. ext. ist auf einige Fibrillen reducirt, während alle übrigen Muskeln, besonders der lateralis und posticus, absolut keine bemerkenswerthen Alterationen zeigen. — Der Verf. begnügt sich augenblicklich mit dieser Thatsache, die man nicht bezweifeln könne; die Schlüsse daraus ergäben sich von selbst.

Massier (Nizza): Larynxstenose tuberculösen Ursprungs, behandelt mit progressiver Dilatation.

Anlässlich eines wegen Larynxstenose thyreotomisirten Kranken beschreibt M. die Schwierigkeit, welcher er begegnete, um eine genügende respiratorische Durchgängigkeit des Kehlkopfs zu erzielen. Er konnte nie die Trachealcanüle vollständig entbehren, obgleich es ihm innerhalb 8 Monaten gelungen, die Schrötter'schen Nickelbolzen von No. 1 bis No. 11, also fingerdick, einzuführen.

Die Kehlkopfrespiration war einige Augenblicke frei, doch kehrte der Glottisverschluss rasch wieder. Es bestand keine Larynxinfiltration und keine beunruhigenden Vegetationen. Die Dyspnoe war hervorgerufen durch die gegenseitige Annäherung beider Schildknorpelflügel. Der Kranke war zum lebenslänglichen Tragen seiner Canüle verurtheilt, starb jedoch rapid an einer infectiösen Bronchopneumonie.

Für M. ist das Einführen der Schrötter'schen Bolzen unter der Controlle des Laryngoskops die beste Behandlungsweise der Kehlkopfstenose.

Massier (Nizza): Plötzlicher Tod durch Laryngospasmus in einem Fall von Larynxtuberculose mit minimen Läsionen.

40jähr. Frau mit vorübergehender Dysphonie verbunden mit dyspnöetischen Anfällen und paroxystischen Herzkrämpfen. Im Larynx findet man ausser einer einzigen linsengrossen Ulceration auf der vorderen Fläche des Stimmbandes, welche sich nach den Ventric. Morgagni hin fortsetzt, nichts. Diagnose: Monoulceröse Larynxtuberculose sich entwickelnd bei einem mit Lungenbacillose behafteten Individuum. Die Kranke machte mehrere Male wirkliche Laryngospasmen mit sehr flüchtigen Ohnmachtszuständen und intensiver Präcordialneuralgie durch. Es kam nie zum Hinstürzen noch ging Schwindel voraus. In einer dieser paroxystischen Krisen mit Tachycardie trat der Tod ein nach 8—10 Minuten ohne Zeit zu einer Intervention zu lassen. M. fragt sich, ob bei diesem plötzlichen Tod als Ursache nicht ein inhibitorischer Reflex von aussergewöhnlicher Intensität vorliege, der seinen Ausgang in einer Nervenreizung des Recurrens durch directen Contact mit der bacillären Ulceration genommen?

Trétrôp (Antwerpen): Aphonie von 8 Monaten bedingt durch einen Polypen des linken Stimmbandes. Abtragung. Heilung.

Erbsengrosser Polyp des linken Stimmbandes in der Nachbarschaft der Commissur; derselbe bildet einen polycystischen Tumor, dessen Oberfläche mit Plattenepithelien, das Höhleninnere mit Cylinderepithelien austapezirt ist; zwischen beiden Schichten befindet sich ein laxes Bindegewebe mit dilatirten Gefässen und Blutextravasaten. Heilung seit 13 Monaten anhaltend.

De Stella (Gent): Einige Bemerkungen zur Behandlung von Siebbeintumoren. Man benutzt zur Behandlung von Siebbeintumoren zwei Operationen:

I. Die Entfernung auf natürlichem Wege; um damit zu reussiren, muss a) der gut- oder bösartige Tumor ganz und gar zugänglich, b) scharf abgegrenzt von den benachbarten Theilen und ohne Adhärenzen sein. Diese zweite Bedingung realisirt sich nicht bei ausgeprägt bösartigen Tumoren wie reinen Sarcomen und Carcinomen. St. führt einen Fall von Fibrosarcom des Siebbeins an, einer sich excessiv entwickelnden, wenn gleich gestielten Geschwulst. Die Exstirpation geschah durch Ausreissen mit der kalten Schlinge. Kein Recidiv seit 2 Jahren.

II. Die Exstirpation nach Eröffnung der Nasenhöhle:

Von allen Methoden, welche den Zugang zur Nase gewähren, bevorzugt der Autor das Moure'sche Verfahren als das einfachste, ausserdem noch am meisten

Licht gewährende. Dasselbe besteht bekanntlich darin, dass man die Nase losschält durch eine Incision, welche von der Nasenwurzel ausgehend, den innern Augenwinkel umschreibt und der Nasenwangenfurche entlang am entsprechenden Nasenloche endet; auf diese Weise wird das ganze Nasenscelett und ein Theil der Orbita freigelegt. Alsdann entfernt man mit der Hohlmeisselzange die eigentlichen Nasenknochen, einen Theil des aufsteigenden Astes des Oberkiefers, einen Theil des os unquis und os planum. Durch diese so geschaffene grosse Bresche kann man das ganze Siebbein entfernen sammt dem Tumor. Nach vollendeter Operation bringt man die Nase in ihre frühere Lage zurück und befestigt sie mit Nähten. Der Autor hat mit dieser Methode ausgezeichnete Resultate erzielt bei:

1. einem enormen Osteofibrom eines 18jährigen Mädchens; der Tumor füllte die ganze Nasenhöhle, das Cav. retronasale und den Sin. maxill. aus, und verursachte einen entstellenden Exophthalmus; vollständige Heilung nach obigem Verfahren, kaum dass noch eine Spur von der Hautincision zu sehen ist;

2. einem Siebbeincarcinom einer 59jährigen Frau; kein Rückfall seit $1^1/_2$ Jahren;

3. einem schweren Fall eitriger Ethmoiditis mit Sinusitis frontal. und maxillar.

Kurz gefasst, der Autor ist der Ansicht, dass die genannte Operationsmethode das ausgesuchteste Verfahren für Siebbeintumoren und gewisse schwere Formen von purulenter Ethmoiditis bildet.

De Stella (Gent): Die Rolle diphtheritischer Toxine und Antitoxine im Organismus.

Der Autor theilt seine Versuche mit, welche er hinsichtlich dieser interessanten Frage angestellt hat. Die Rolle der Toxine ist heutzutage dank der veröffentlichten Arbeiten wohlbekannt, nicht so die der Antitoxine, welche noch der Aufklärung harrt.

Schiffers (Lüttich): Retropharyngealadenophlegmone und Diphtheritis.

Erklärungsversuch der Pathogenie gewisser Fälle von eitrigen Adenophlegmonen des Retropharyngealgewebes durch Vermittelung eines der verschiedenen Mikroben. Sch. knüpft an seine Mittheilung die Beobachtung eines Falles von Diphtheritis mit Auftreten einer rechtsseitigen eitrigen Adenophlegmone bei einem 4jährigen Kinde, hervorgerufen sei es durch den Löffler'schen Bacillus, sei es durch einen Streptococcus; er schliesst darauf auf die Nothwendigkeit, den unteren Theil des Pharynx mit dem Laryngoskop zu untersuchen, oder die Digitaluntersuchung in Diphtheritisfällen vorzunehmen, bei welchen die anfänglichen Symptome sich von Neuem einstellen und ein Wiedereinsetzen der Affection oder eine unvollständige Heilung vermuthen lassen können.

Hennebert (Brüssel): Ein Fall von Zungenepitheliom.

Die Entwickelung dieses Falles biete einige bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten. Als H. die Kranke zu Gesicht bekam, konnte von einem operativen Eingriff nicht mehr die Rede sein; der linke Zungenrand war tief rinnenförmig aus-

gehöhlt mit brandigem Grunde, der vordere Gaumenbogen bildete einen voluminösen Tumor; zu gleicher Zeit bestand eine sehr ausgesprochene retroanguläre Adenopathie. Um die Schmerzen zu lindern und den fötiden Athem zu beseitigen, leitete H. eine complicirte Localbehandlung ein, bei welcher Formolausspülungen (von 1—3 pCt.) die hauptsächlichste Rolle spielten; damit verband er antiseptische Pulverisationen (Sauerstoffwasser, Phenosalyl etc.) und Pulvereinblasungen (Orthoform, Borax, Cocain und Morphin) auf die brandigen und granulirenden Stellen. Allmälig glich sich der Substanzverlust an der Zunge aus und machte einem Narbengewebe Platz; die vorderen Gaumenbögen nahmen wieder ihr normales Aussehen an, und 9 Monate lang konnte man den Kranken, welcher nicht mehr litt und normal essen konnte, für geheilt ansehen, dann aber höhlte sich die Zungenbasis in rascher Ulceration vollständig aus, die Geschwulst der Mandelgegend entwickelte sich von Neuem, die Schmerzen, der fötide Athem und Hämorrhagien treten von Neuem auf und der Kranke erlag schliesslich seiner Cachexie. Bayer.

---

c) Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie in Paris.

Sitzung vom 13. November 1903.

Vorsitzender: Boulay.

Guisez: Ein Fall von Siebbein-Mucocele mit ungewöhnlichem Verlauf.

G. hat einen 59jährigen Mann operirt, der am inneren Winkel des linken Auges einen weichen, fluctuirenden Tumor hatte, in den eine Fistel führte. Aus dieser entleerte sich zeitweise fadenziehende gelbe Flüssigkeit. Incision des Tumors förderte ebensolche Flüssigkeit zu Tage. Im August 1903 machte G. die Operation, nach der Incision findet er den Knochen rauh, der Thränensack ist abgelöst, man gelangt in eine Höhle, die in ihren Dimensionen einer supplementären Orbitalhöhle gleicht und keine Communication mit der Nasenhöhle hat. Am 12. Tage war die Heilung vollendet. G. hält es für unrichtig, in solchen Fällen eine Communication mit der Nasenhöhle herzustellen, um nicht eine Eiterung dieser herbeizuführen.

Derselbe: Oberkieferempyem infolge Zahnanomalie.

Man fand in dem Sinus freie Zahnwurzeln; dieselben stammten von einem grossen II. Molaris mit drei Wurzeln, die in die Höhle hineingewachsen waren.

Veillard: Acute ulceröse Laryngitis. Anwesenheit des Vincent'schen Bacillus im Exsudat.

Im Verlauf einer acuten Laryngitis waren heftige Schluckschmerzen und Suffocationsanfälle aufgetreten. Man fand ein Oedem des Larynxeingangs, besonders der linken ary-epiglottischen Falte und Aryknorpelgegend. Am nächsten Tage sah man inmitten der gerötheten und ödematösen Schleimhaut der linken Aryknorpelgegend eine gelbe Stelle. Diagnose: Abscess. Die gelbe Stelle ver-

grösserte sich allmälig und bekam das Aussehen einer Ulceration, die mit festhaftendem gelben Exsudat bedeckt war. In diesem Exsudat fanden sich fusiforme Vincent'sche Bacillen und Spirillen.

Gellé: Doppelter indurirter Schanker der Nasenhöhle und der Conjunctiva.

Patient hatte einen Fremdkörper im Auge gehabt; ein Freund rollte etwas Cigarettenpapier zusammen, befeuchtete es mit Speichel, um so den Fremdkörper aus dem Auge zu wischen. Einige Zeit darauf ein Schanker des einen Augenwinkels mit Schwellung der retromaxillaren Lymphdrüsen. Gleichzeitig eine Verdickung der Scheidewand und Bildung einer weichen elastischen Geschwulstmasse.

Derselbe: Cranio-Hydrorrhoe traumatischen Urspungs.

Revolverschuss in den Mund; danach starke Hydrorrhoe. G. konnte in 10 Minuten ein Weinglas Flüssigkeit auffangen. Die Radiographie zeigte die Kugel in der inneren Wand des Sinus frontalis; es bestand Fractur der Lamina cribrosa. Nach 40 Tagen hörte die Hydrorrhoe auf.

Sitzung vom 15. Januar 1904.

Vorsitzender: Courtade.

Broeckaert: Zwei Fälle von Recurrenslähmung; histologische und mikroskopische Untersuchungen.

B. glaubt nicht, dass das Thierexperiment im Stande ist, uns eine ausreichende Erklärung für alle beim Menschen vorkommenden pathologischen Möglichkeiten zu geben. Wir können nur durch mikroskopische Untersuchungen zu genaueren Resultaten gelangen.

Er berichtet folgende Fälle:

1. 57jähriger Mann; seit einigen Wochen Schluckbeschwerden, erwacht eines Morgens heiser. Man findet das rechte Stimmband in Mittelstellung zwischen Abduction und Adduction mit concavem Rande. Man diagnosticirte Oesophaguscarcinom; Patient starb 3 Monate nach der Gastrotomie.

Bei der Section fand man eine den rechten Recurrens comprimirende Drüse. Histologische Untersuchung von Muskeln und Nerven ergab: Vorgeschrittene Degeneration im M. posticus, etwas geringere im M. lateralis und am wenigsten im M. internus. Der N. recurrens war völlig degenerirt; der Sympathicus und die Ganglien schienen intact.

2. Bei dem zweiten Patienten war die Krankengeschichte fast die gleiche. Auch hier rechtsseitige Lähmung mit Zwischenstellung zwischen Ab- und Adduction. Diagnose: Oesophaguscarcinom. Tod 3 Tage nach der Gastrotomie.

Es fanden sich dieselben Veränderungen wie im ersten Fall, jedoch im Anfangsstadium. Es bestand fettige und albuminoide Degeneration der Muskeln; einige Fasern im Lateralis und Internus schienen intact. Die Degeneration der Nerven war sehr fortgeschritten; der Axencylinder war nur durch feine Fetttröpfchen angedeutet.

Trotz anscheinender Integrität einiger Muskelbündel war das Stimmband völlig unbeweglich gewesen; der Nerv muss also völlig degenerirt gewesen sein, sonst hätte er mit deren Hülfe das Stimmband bewegt. Die Veränderungen schienen die Erweiterer mehr als die Verengerer zu betreffen; der Crico-arytaenoideus posticus zeigte die ausgedehntesten Schädigungen.

Sitzung vom 12. Februar 1904.

Castex: Krankenvorstellungen.

1. Junges Mädchen mit hereditärer Anosmie ohne sichtliche Veränderungen in der Nase.

2. Fall von traumatischer Anosmie infolge Fractur der Schädelbasis. C. denkt an Fractur der Lamina cribrosa.

3. Fall von Kehlkopfstridor bei einem Säugling, von C. auf permanente Adduction der Stimmbänder infolge von Abductorlähmung zurückgeführt.

4. Lähmung des Gaumensegels: vor 12 Jahren Schanker, vor 2 Jahren linksseitige Hemiplegie.

5. Gaumensegellähmung nach Operation von adenoiden Vegetationen bei einem Kinde. C. glaubt, dass der Grund eine Infection infolge mangelhafter Asepsis der Instrumente sei.

Suarez de Mendoza stellt eine Patientin vor mit Melanosarkom des Naseninnern. Der Tumor sah zuerst nur wie ein Polyp mit schwarzen Flecken aus. Er wurde entfernt. Nach 3 Monaten Recidiv. Oberkieferresection verweigert. Seitdem häufige endonasale Entfernung grosser Geschwulstmassen. Der Ausgangspunkt scheint das Septum zu sein. Cartaz.

III. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Je näher das Datum des Festes heranrückt, um so erfreulicher mehren sich die Anzeichen des Interesses, das auch in nicht laryngologischen Kreisen an demselben genommen wird. Die Reihe der Gratulationen wird von dem Spanischen Gesandten in London eröffnet werden, welcher seinem grossen Landsmanne die Glückwünsche der Spanischen Regierung überbringen wird: die Londoner Königliche Academie der Wissenschaften (Royal Society), vor welcher Garcia im Jahre 1854 seinen epochemachenden Vortrag hielt, wird ihm eine Adresse überreichen, und einer seiner berühmtesten Schüler, der grosse Gesangmeister, Julius Stockhausen, der leider nicht persönlich bei dem Feste erscheinen kann, wird sich durch Mitglieder seiner Familie bei demselben vertreten lassen. —

Die Festordnung ist dieselbe geblieben, wie sie in der letzen Nummer dieses Blattes skizzirt worden ist, mit der einzigen kleinen Aenderung, dass die Festsitzung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft um 3 Uhr statt um 4 Uhr Nachmittags stattfinden wird.

Es ist nunmehr dringend wünschenswerth, dass die Londoner Laryngologische Gesellschaft so bald als möglich in Kenntniss gesetzt werden möge, welche laryngologische Gesellschaften sich durch Deputationen und Adressen zu betheiligen wünschen.

Soweit bis jetzt bekannt, beabsichtigen die Berliner, die süddeutsche, die französische, belgische und holländische laryngologischen Gesellschaften specielle Delegirte zu entsenden.

Falls die Glückwünsche durch Deputationen überreicht werden sollen, bitten wir, die Namen und Adressen der betreffenden Herren umgehend dem Schriftführer des Comités, Dr. Furniss Potter, 49, Queen Anne Street, London W., mitzutheilen, denselben auch zu benachrichtigen, ob dieselben von Damen begleitet sein werden; sollten die Adressen auf postalischem Wege übersandt werden, so würde der Unterzeichnete bitten, dieselben möglichst bald an seine eigene Adresse (39, Wimpole Street) gelangen zu lassen, um ihre Ueberreichung an den Jubilar während des Festactes am Vormittage des 17. März zu ermöglichen. Ebenso wird gebeten, telegraphische Glückwünsche am Festtage selbst per Adresse: Garcia care Semonior London an den Unterzeichneten gelangen zu lassen. Die Adressen laryngologischer Körperschaften werden dem Jubilar in alphabetischer Reihenfolge überreicht werden.

Eine Reihe von Collegen hat die Güte gehabt, dem Unterzeichneten Beiträge per Check und per Postanweisung zu übersenden. Um Weitläufigkeiten zu vermeiden, wird gebeten, weitere beabsichtigte Beiträge direct an den Schatzmeister, Mr. W. H. R. Stewart, F. R. C. S., 42, Devonshire Street, London W., zu senden.

Schliesslich wird der unbekannte Absender einer Postanweisung aus Freising gebeten, dem Unterzeichneten baldmöglichst seinen Namen mitzutheilen, damit derselbe in das Album der Beitragenden eingereiht werden könne, welches dem Jubilar gleichzeitig mit dem Portrait überreicht werden wird.

Felix Semon.

PS. Es wird die Collegen freuen zu hören, dass der ehrwürdige Jubilar am 13. Januar in bester Gesundheit und heiterster Stimmung am Festessen der Londoner laryngologischen Gesellschaft theilgenommen hat.

Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress zu Lissabon im Jahre 1906.

Folgende Resolution wurde bei der Jahresversammlung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft am 13 Januar 1905 von Sir Felix Semon vorgeschlagen, von Dr. F. de Havilland Hall unterstützt und einstimmig angenommen:

„Die Londoner Laryngologische Gesellschaft bekräftigt auf's Neue ihre Resolution vom Februar 1900, des Inhalts, dass bei allen internationalen medicinischen Congressen volle und unabhängige Sectionen für die Laryngologie und Otologie gebildet werden sollten, und dass die Laryngologie bei diesen Gelegenheiten nicht mit der Otologie vereinigt werden sollte.

Sie registrirt mit tiefem Bedauern die Thatsache, dass, obwohl die Wünsche sowohl der Laryngologen wie der Otologen auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Paris im Jahre 1900 klaren Ausdruck gefunden haben, zu Madrid im Jahre 1903 Versuche gemacht worden sind, die jetzt wieder bei Gelegenheit des bevorstehenden internationalen Congresses zu Lissabon erneuert werden, der Laryngologie eine Stellung anzuweisen, welche geringer ist, als die der anderen anerkannten Specialitäten, und sie mit der Otologie in einer Sub-Section zu combiniren.

Die Londoner Laryngologische Gesellschaft lehnt es in ihrer corporativen Eigenschaft ab, ihre Zustimmung zu irgend einer Einrichtung zu geben, welche

die Würde der Laryngologie und die Stellung beeinträchtigt, welche sie bei allen internationalen medicinischen Congressen seit dem Kopenhagener Congresse im Jahre 1884 eingenommen hat."

Zum 25 jährigen Jubiläum der „Revue Hebdomadaire de Laryngologie etc." und der „Archivii Italiani di Laringologia".

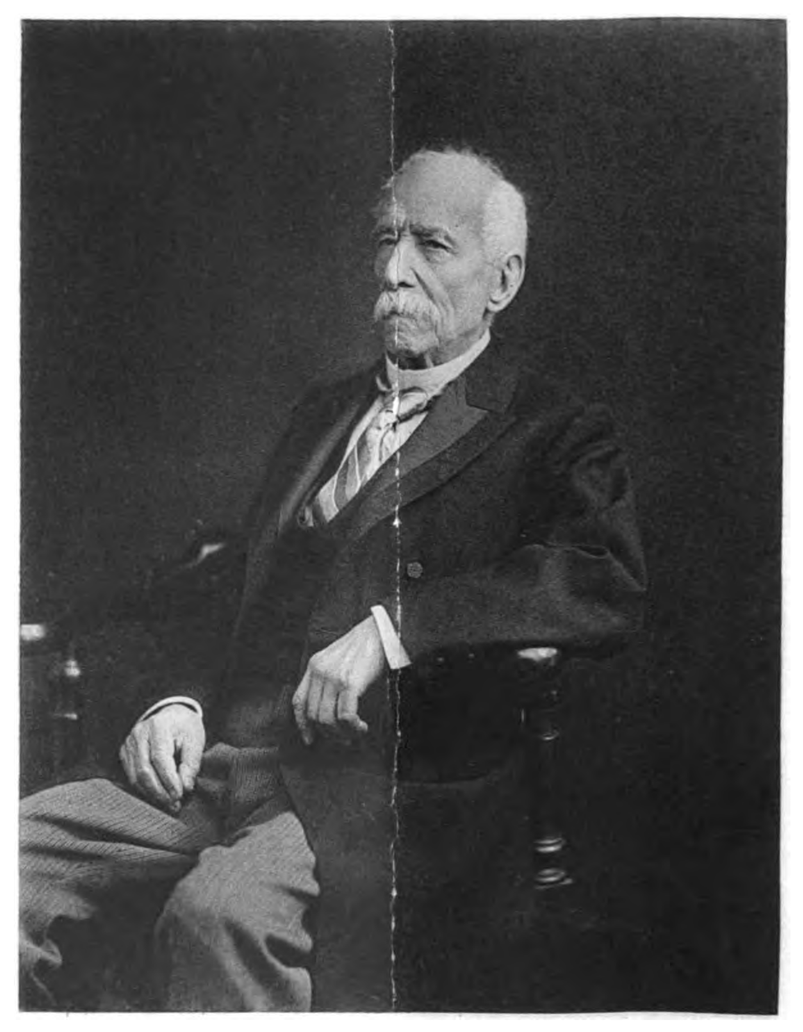
Die beiden oben genannten geschätzten Special-Zeitschriften sind mit dem 1. Januar dieses Jahres in das fünfundzwanzigste Jahr ihrer Existenz eingetreten. Wir sprechen ihnen beiden unseren herzlichsten Glückwunsch zu ihrem Jubiläum aus und wünschen ihnen beiden weitere erfolgreiche Thätigkeit unter der Leitung ihrer Gründer und Herausgeber, Dr. E. J. Moure und Prof. F. Massei.

Ambroise Arnold Guillaume Guye †.

Mit grossem Bedauern bringen wir die Nachricht von dem am 15. Januar nach längerem schmerzhaften Leiden erfolgten Ableben unseres geschätzten Specialcollegen Guye in Amsterdam, des Gründers und langjährigen Vorsitzenden der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Am 17. August 1839 geboren, graduirte er am 23. Juni 1862, liess sich als Specialarzt für Ohrenheilkunde in Amsterdam im Jahre 1865 nieder, wurde im Jahre 1874 Privatdocent, und wurde im Jahre 1886 zum ordentlichen Professor für Ohrenleiden an der Universität Amsterdam ernannt. Im Jahre 1879 fungirte er als Generalsekretär des internationalen medicinischen Congresses in Amsterdam. Er war Ritter des Niederländischen Löwenordens.

Obwohl Guye's Hauptbedeutung auf dem Felde der Ohrenkrankheiten liegt, so war er auch in der Laryngo-Rhinologie als Schilderer der „Aprosexia nasalis" und durch unermüdliche Energie, mit welcher er die Aufmerksamkeit der Behörden seines Vaterlandes auf die schädlichen Folgen behinderter Nasenathmung bei Schulkindern zu lenken wusste, allgemein bekannt und hochgeschätzt. Sein Andenken bleibt in Segen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



A mes amis les laryngologistes. Manuel Garcia

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

[illegible]gang XXI. Berlin, März. 1905. No. 3.

I. Zum hundertsten Geburtstag Manuel Garcia's.

[illegible] März 1905 feiert die Laryngologie ein Fest seltenster Art. Es werden [illegible] hundert Jahre verflossen sein, seit der Vater der Laryngoskopie [illegible] Garcia, zu Madrid geboren wurde, und ein gütiges [illegible] die hundertste Wiederkehr dieses Tages in vollster geistiger und körper[illegible] zu erleben.

[illegible] Garcia stammt aus hochmusikalischer Familie. Sein Vater [illegible] mit vollem Namen: Manuel Garcia*) del Popolo Vicente [illegible] 1775 zu Sevilla geboren, begann seine Künstlerlaufbahn als Chor[illegible] Dom von Sevilla und studirte gleichzeitig Musik unter der Leitung der [illegible] seiner Geburtsstadt**). Im Alter von 17 Jahren machte er sein [illegible] auf der Bühne von Cadiz in einer Operette eigener Composition. Bald [illegible] er in Madrid ebenfalls in der zweifachen Eigenschaft als Com[illegible] Sänger. Sein Ruf breitete sich schnell aus und im Jahre 1808 trat er [illegible] in Paris in der Paer'schen Oper „Griselda" auf. Er errang [illegible] Erfolg; namentlich wurde sein Gesangsstil bewundert. [illegible] nach Italien, wo er die Methode der alten italienischen Meister [illegible] und weitere künstlerische Triumphe feierte. Seine Oper [illegible] wurde im Jahre 1812 in [illegible] beifällig aufgenommen [illegible] aber erzielte er durch die künstlerische Vollendung seiner Gesangs[illegible] Im Jahre 1824 ging er nach London und von dort im nächsten Jahre [illegible] Operngesellschaft nach den Vereinigten Staaten und Mexico [illegible] neuen Welt blieb ihm das Glück treu bis kurz vor seiner Rückkehr. [illegible] Wege nach Veracruz wurde er von Banditen überfallen und [illegible]

*) Es mag hier bemerkt werden, dass der Name unseres Jubilars [illegible] ausgesprochen wird, wie man dies fast allgemein [illegible] Der eigentliche Name der Familie war: Rodriguez. Den [illegible] führte der ältere Manuel nur als „nom de guerre" für die [illegible]

**) [illegible] biographischen Notizen über Garcia's Vater sind der Encyclo[illegible] entnommen.





Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, März. 1905. No. 3.

I. Zum hundertsten Geburtstag Manuel Garcia's.

Am 17. März 1905 feiert die Laryngologie ein Fest seltenster Art. Es werden an jenem Tage hundert Jahre verflossen sein, seit der Vater der Laryngoskopie, Manuel Garcia, zu Madrid geboren wurde, und ein gütiges Geschick erlaubt es ihm, die hundertste Wiederkehr dieses Tages in vollster geistiger und körperlicher Frische zu erleben.

Manuel Garcia stammt aus hochmusikalischer Familie. Sein Vater Manuel — oder mit vollem Namen: Manuel Garcia*) del Popolo Vicente — war im Jahre 1775 zu Sevilla geboren, begann seine Künstlerlaufbahn als Chorknabe im Dom von Sevilla und studirte gleichzeitig Musik unter der Leitung der besten Lehrer seiner Geburtsstadt**). Im Alter von 17 Jahren machte er sein Debüt auf der Bühne von Cadiz in einer Operette eigener Composition. Bald darauf erschien er in Madrid ebenfalls in der zweifachen Eigenschaft als Componist und Sänger. Sein Ruf breitete sich schnell aus und im Jahre 1808 trat er zum ersten Male in Paris in der Paer'schen Oper „Griselda" auf. Er errang einen grossen Erfolg; namentlich wurde sein Gesangstil bewundert. Von Paris wandte er sich nach Italien, wo er die Methode der alten italienischen Meister an der Quelle studirte und weitere künstlerische Triumphe feierte. Seine Oper: „Der Kalif von Bagdad" wurde im Jahre 1812 in Neapel beifällig aufgenommen; seine Haupterfolge aber erzielte er durch die künstlerische Vollendung seiner Gesangskunst. Im Jahre 1824 ging er nach London und von dort im nächsten Jahre mit einer vorzüglichen Operngesellschaft nach den Vereinigten Staaten und Mexico. Auch in der neuen Welt blieb ihm das Glück treu bis kurz vor seiner Rückreise. Auf dem Wege nach Veracruz wurde er von Banditen überfallen und des ganzen

*) Es mag hier bemerkt werden, dass der Name unseres Jubilars nicht „Gartschia" ausgesprochen wird, wie man dies fast allgemein hört, sondern „Garssia". — Der eigentliche Name der Familie war: Rodriguez. Den Namen „Garcia" adoptirte der ältere Manuel nur als „nom de guerre" für die Bühne.

**) Die biographischen Notizen über Garcia's Vater sind der Encyclopaedia Britannica entnommen.

Ergebnisses seiner Kunstreise beraubt. Nach seiner Rückkehr nach Europa liess er sich in Paris nieder, entsagte bald seiner Bühnenlaufbahn und widmete sich bis zu seinem 1832 erfolgten Tod ausschliesslich dem Gesangsunterricht. Seine Lehrmethode war die berühmteste jener Zeiten; er verfasste ein vorzügliches Buch über die Kunst des Gesanges unter dem Titel „Metodo di canto", und unter seinen Schülern befanden sich mehrere der bekanntesten Sänger und Sängerinnen der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts, so der einst hoch gefeierte Adolphe Nourrit. Von allen seinen Schülern aber erreichten keine grössere Berühmheit, als seine eigenen Töchter: Maria und Paulina, später als die Damen Malibran und Viardot-Garcia Sterne erster Grösse am Gesangshimmel.

Von dem ersten Erscheinen der späteren Frau Malibran auf der Bühne hat mir unser greiser Freund vor wenigen Tagen eine interessante Anecdote erzählt. Sie war 3—4 Jahre alt, als während des neapolitanischen Aufenthaltes der Familie an der dortigen Oper eine seither verschollene Oper von Paer gegeben wurde, in der ein streitendes Ehepaar durch die Rücksicht auf sein Töchterchen versöhnt wird. Der Vater unseres Jubilars wurde angegangen, seine Tochter in der Kinderrolle mitwirken zu lassen und willigte ein. Die kleine Maria nahm an den Proben theil und nichts ausserordentliches ereignete sich bis zum Abend der ersten Aufführung, während welcher das Kind, aufgeregt durch Musik, Licht, den Anblick und Applaus des Publikums, plötzlich vortrat und gleichzeitig mit seiner Bühnenmutter eine Arie zu singen begann, welche zur Rolle der letzteren gehörte. Das musikalische Publikum von Neapel begriff die Situation in einem Augenblick, bewog die erwachsene Künstlerin zum Schweigen, und das Kind, das die Arie nur auf den Proben hatte singen hören, sang dieselbe unter athemlosem Schweigen, gefolgt von stürmischem Beifall, fehlerlos bis zu Ende! Fürwahr, ein seltenes Beispiel frühzeitig entwickelten musikalischen Talentes, wie ein ähnliches von dem kleinen Mozart berichtet wird! —

Frau Malibran ist lange dahingegangen, sie starb 1836 an den Folgen eines Unfalls. Frau Paulina Viardot-Garcia aber, einst eine berühmte Sängerin, später als Gesangslehrerin hochgeschätzt, lebt noch heute im Alter von 85 Jahren in Paris und erfreut sich, ebenso wie ihr Bruder, solch' erstaunlicher geistiger Rüstigkeit, dass sie noch vor kurzem die Composition einer Oper beendigt hat.

Noch heute spricht Manuel Garcia mit wahrhaft rührender Begeisterung von seinem Vater. Die musikalische Concentrationsfähigkeit desselben muss eine wahrhaft erstaunliche gewesen sein. So erzählt sein Sohn, dass er habe fortfahren können, seine musikalischen Gedanken zu Papier zu bringen, während er sich mit anderen Personen unterhalten oder selbst geschäftliche Dinge verhandelt habe. Zu seiner Zeit gab es noch keine Klaviere in Sevilla! — Dabei scheint er ein Mann von rührender Vertrauensseligkeit gewesen zu sein. Ein Beispiel der Art berichtete mir Señor Garcia von seines Vaters erstem Besuch in England, wo nur die Theilnahme eines Landsmannes, Naldi, und die persönliche Intervention des damaligen Prinzregenten ihn vor dem Verlust einer werthvollen Gemäldesammlung retteten, die er nach Liverpool verschifft hatte, ohne den Inhalt der abgesandten Kisten anzugeben! — Der alte Herr, der bei der Erzählung ganz

warm wurde, erzählte mir, welches Aufsehen derzeit die spanische Kleidung seines Vaters in Liverpool gemacht hätte. — Charakteristisch für die geschäftliche Naivetät seines Vaters ist auch folgende Aeusserung Rossini's, die derselbe einst unserem Jubilar gegenüber machte: „Si ton père avait autant de savoir faire que de savoir musical, il serait le premier musicien de l'époque!" —

Als seine Eltern Spanien verliessen und sich nach Paris, später nach Neapel begaben, blieb der junge Garcia zunächst unter der Obhut seiner Grosseltern in Madrid zurück. Eine seiner ersten Jugenderinnerungen knüpft sich an die napoleonischen Feldzüge in Spanien an. Es herrschte eine furchtbare Erbitterung zwischen der spanischen Landbevölkerung und der französischen Invasionsarmee. Fast täglich fehlte beim Appell eine Anzahl französischer Soldaten, die während der vorhergehenden Nacht von ihren Quartiergebern ermordet worden waren. Die Franzosen nahmen Repressalien und Señor Garcia sieht noch heute vor seinem geistigen Auge einen langen Zug von Männern, Jünglingen und halbwüchsigen Burschen, die zwischen Reihen französischer Soldaten znm Executionsplatz geführt wurden. — „Jedermann, der eine Büchse tragen kann, ist zu füsiliren:" So lautete die grausame Parole jener Tage in manchen Districten Spaniens! —

Im Jahre 1815, also im Alter von 10 Jahren, folgte der Knabe seinen Eltern nach Neapel und begann dort singen zu lernen. Die Methode seines Vaters war freilich eine andere, langsamere und mühevollere, als sie heutzutage üblich ist. Monate, wenn nicht Jahre, wurden auf das Studium von Solfeggien verwendet. Ihnen folgten ebensolang fortgesetzte rhythmische Uebungen und diesen wiederum langwierige Intonationsstudien. Die Monotie der Anfangsstadien dieses Unterrichts muss in der That eine schlimme gewesen sein, denn es ist dem alten Herrn noch heute erinnerlich, dass, nachdem er eines Tages eine endlose Reihe aufsteigender Skalen gesungen hatte, er schliesslich seinen Vater bat: „Darf ich jetzt nicht einmal herunter singen?" — Aber es waren tüchtige Gesangskünstler, die auf diese Weise herangebildet wurden! —

Unserem Jubilar freilich war keine Laufbahn als hervorragender ausübender Sänger beschieden. Den Grund hat er selbst in so interessanter Weise in seiner Kritik des Morell Mackenzie'schen Werkes „Hygiene der Stimmorgane" im dritten Bande dieses Centralblatts geschildert (S. 411), dass ich nicht besser thun kann, als ihn selbst sprechen zu lassen: . . . . „Und bei den ersten Zeichen des Beginns der Pubertätsperiode müssen alle gesanglichen Uebungen aufhören! Dr. Mackenzie ist anderer Ansicht. Er plaidirt für Gesangsübungen während der ganzen Dauer dieser kritischen Periode und citirt mehrere Berühmheiten, um seine Ansichten zu stützen. Ich kann ihm einen nicht citirten Fall zur Verfügung zu stellen. Mein Vater machte die Uebergangszeit durch, ohne dass er aufgehört hätte zu singen, und ohne dass ihm dies den geringsten Schaden gethan hätte. Aber meine Schwestern, die Damen Malibran und Viardot, mussten beide ein Jahr hindurch pausiren. Ich selbst fuhr fort zu singen, und meine Stimme wurde ruinirt! — Bei allem Respect für Dr. Mackenzie's grosse Erfahrung in diesen Dingen kann ich nicht umhin zu glauben, dass die alte Regel, die so viele Stimmen geschützt hat, nicht auf Grund einiger seltener Ausnahmen bei Seite geschoben und die grosse Mehrzahl junger Sänger

dem zweifelhaften Gutdünken unwissender oder unvorsichtiger Lehrer überantwortet werden sollte.“ —

Gewiss wird es unsere Leser interessiren zu hören, dass Garcia's Stimme ein Tenor war. Von dieser Thatsache konnte sich der Schreiber dieser Zeilen noch vor vierzehn Tagen überzeugen, als beim Festmahl der Londoner Laryngologischen Gesellschaft „God save the King“ gesungen wurde und der hundertjährige Greis, sein Nachbar, herzhaft in den Chorus einstimmte.

Nach längerem Aufenthalt in Neapel, während dessen er sich lebhaft der Erregung erinnert, welche Murat's Execution im Jahre 1816 hervorrief, begleitete Manuel seinen Vater auf dessen Reisen nach England, den Vereinigten Staaten und Mexico. Aus jener Zeit stammt die Legende, dass er eine Zeit lang Matrose gewesen sei. Das einzig Wahre an derselben ist, dass der starke Eindruck, den die Grossartigkeit des Meeres auf ihn machte, ihn daran denken liess, sich einer seemännischen Laufbahn zu widmen. Die Bitten und Thränen seiner Mutter brachten ihn aber von seiner Absicht ab. Er kehrte mit seinem Vater nach Paris zurück, begann ebenfalls Gesangunterricht zu ertheilen, wurde 1835 Professor am Conversatoire de Musique, beschäftigte sich schon damals viel mit der Theorie der Registerfrage und veröffentlichte im Jahre 1841 eine „Methode des Gesangsunterrichts“, in welcher er der Verwirrung ein Ende machte, die derzeit zwischen den Begriffen „Timbre“ und „Register“ existirte. Er definirte den Ausdruck „Register“ folgendermaassen: „Mit dem Wort „Register“ bezeichnen wir eine Reihe aufeinanderfolgender, homogener, von der Tiefe zur Höhe aufsteigender, durch die Entwickelung eines und desselben mechanischen Princips zu Stande kommender Töne, welche Reihe ihrer Natur nach von einer anderen Reihe ebenfalls aufeinanderfolgender und homogener Töne, die durch einen anderen Mechanismus producirt werden, wesentlich verschieden ist, ... welches auch immer die Modificationen in Qualität und Stärke sein mögen, denen diese Reihen unterworfen werden können.“

Als logisches Ergebniss dieser Definition machte Garcia eine Eintheilung in zwei Register (Brust- und Falsett-Kopf-Register) und zwei Timbres (das gedeckte und offene), eine Classification, die der wissenschaftlich fast allgemein adoptirten entspricht. Nach Erfindung des Laryngoskops verwandelte er die ursprüngliche Zweitheilung der Register in eine Dreitheilung: Brust—Falsett—Kopfstimme.

So sehen wir, dass schon lange Jahre vor seiner grossen Erfindung unser Jubilar sich ernsthaft mit den höchsten Problemen seiner Kunst in streng wissenschaftlicher Weise beschäftigt hat. Wie er uns selbst erzählt (vergl. weiterhin), studirte er die Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes, ehe er sein Buch veröffentlichte. Mehrere der wichtigsten Fragen aber, so vor allen Dingen die nach der Rolle, welche die Glottis bei der Tonerzeugung spielt, blieb ungelöst, und die aus Leichen- und Vivisectionsexperimenten gewonnenen und in den damaligen Lehrbüchern der Physiologie als Prototypen der thatsächlichen Stimmbildung gelehrten Resultate befriedigten den eifrigen Forscher ebensowenig, als die verschiedenen zum Vergleiche herangezogenen Verhältnisse bei musikalischen Instrumenten. Für ihn stand es fest, dass es nur ein Mittel gäbe, das Räthsel zu lösen: die Beobachtung einer normalen Glottis während des Sing-

actes selbst! — Aber wie war dies zu ermöglichen? Die seit einem vollen Jahrhundert ärztlicherseits*) — von Levret, Bozzini, Cagniard de Latour, Senn, Babington, Bennati, Baume, Liston, Warden, Avery — gemachten Versuche, eine Besichtigung des Kehlkopfs durch Specula und reflectirende Spiegel zu erzielen, waren ihm völlig unbekannt, und er hatte die Idee der Laryngoskopie, die er zunächst für practisch unausführbar hielt, durchaus autodidaktisch zu ersinnen.

Inzwischen hatte er nach der Revolution von 1848, für die er sich nicht zu begeistern vermochte, obwohl ihm Georges Sand auf einer Barrikade von Studenten umgeben zurief: „N'est ce pas, que c'est magnifique, n'est ce pas, que c'est beau? — seinen Wohnsitz nach London verlegt, sich verheirathet und schnell einen grossen Schülerkreis erworben.

Der Güte des Herrn und der Frau Marchesi in Paris verdanke ich die Photographie eines ihn zu jener Zeit darstellenden Portraits. Ein ernster, geistvoller Kopf mit hoher Stirn, nachdenklichen Augen, schlichtem langem Haar, einem kleinen Schnurr- und Knebelbart. Man glaubt es diesem Gesicht, dass, wie er selbst sagt, immer seine Gedanken dem anscheinend unerfüllbaren Wunsche treu geblieben seien, die lebende Glottis während des Singens zu Gesicht zu bekommen! —

Wie ihm dies schliesslich gelang, das zu erfahren ist der Laryngologie durch die aufmerksame Güte des unvergesslichen Sir James Paget, des langjährigen unbestrittenen Führers der britischen Medicin und Präsidenten des Londoner internationalen medicinischen Congresses im Jahre 1881 beschieden worden. Während der Vorbereitungen zu diesem Congresse schrieb er an mich, der damals als Secretär der laryngologischen Subsection functionirte, und frug mich, ob es nicht die zum Congress erwarteten Laryngologen aller Länder interessiren würde, von den Lippen des — damals medicinisch fast verschollenen — Erfinders des Laryngoskops die Geschichte seiner Erfindung zu hören. Die Anregung fiel natürlich auf fruchtbaren Boden; ich schrieb sofort an Señor Garcia — der Brief bildete den Beginn einer Freundschaft, die jetzt fast ein Vierteljahrhundert bebesteht —, und bat ihn, uns in der ersten Sitzung der Section einiges über die Erfindung des Laryngoskops zu erzählen. Der greise Künstler willigte ein, und so verdanken wir Sir James Paget's Anregung Garcia's charmanten Vortrag „On the Invention of the Laryngoscope", welcher im zweiten Bande der Verhandlungen des Londoner internationalen medicinischen Congresses erschienen ist, und, wie er selbst sagt, ein „Fragment einer Autobiographie" repräsentirt.

Lassen wir ihn selbst schildern, wie ihm der schöpferische Gedanke kam:

„Eines Tages im September 1854", erzählt er, „schlenderte ich im Palais Royal umher, beschäftigt mit dem oft als unerfüllbar unterdrückten und doch immer wieder sich aufdrängenden Wunsch (nämlich: die Glottis während des Singacts zu sehen), als ich plötzlich die beiden Spiegel des Laryngoskops in

---

*) Vgl. Morell Mackenzie, „Krankheiten des Halses und der Nase". Bd. I. 1880. Deutsche Ausgabe S. 295 u. ff.

ihren respectiven Positionen so klar vor mir sah, als ob meine Augen sie wirklich erblickten."

„Ich eilte sofort zu Charrière, dem chirurgischen Instrumentenmacher, und erhielt auf meine Frage, ob er zufällig einen kleinen Spiegel mit langem Griffe besässe, die Antwort, dass er einen kleinen zahnärztlichen Spiegel habe, der bei der Londoner Ausstellung des Jahres 1851 unbrauchbar befunden worden sei. Ich kaufte ihn für sechs Franken. Nachdem ich mir auch einen Handspiegel verschafft hatte, kehrte ich schnell nach Hause zurück, in grösster Ungeduld meine Experimente zu beginnen. Ich legte den kleinen Spiegel, den ich in heissem Wasser erwärmt und sorgfältig abgetrocknet hatte, an mein Zäpfchen an und concentrirte einen Sonnenstrahl auf seine Oberfläche mittelst des Handspiegels. Zu meiner grossen Freude sah ich sofort die Glottis vor mir, weit geöffnet und so deutlich, dass ein Theil der Trachea sichtbar war."

„Als meine anfängliche Aufregung sich einigermaassen gelegt hatte, begann ich zu untersuchen, was sich vor meinen Augen zutrug. Die Art und Weise, in welcher sich die Glottis geräuschlos öffnete und schloss, und wie sie sich beim Anlauten bewegte, füllte mich mit Erstaunen."

„Aus meinen Beobachtungen folgte mit Leichtigkeit der Schluss, dass die Theorie, welche der Glottis allein die Fähigkeit zuschrieb, Töne zu erzeugen, vollständig bekräftigt wurde, woraus sich weiter ergab, dass die vor dem Kehlkopf gelegenen Gewebe des Halses in keiner Weise bei der Tonbildung betheiligt sind, obwohl sie, gemeinsam mit den verschiedenen Stellungen des weichen Gaumens, die Gestalt und die Raumverhältnisse des Rachens zu verändern vermögen. In diesen Veränderungen finden wir die Möglichkeit, die als „Timbres" oder „Farbenklänge" bekannten Qualitäten des Tones nach Belieben zu variiren."

Im Weiteren verbreitet sich Garcia über die Natur der erzeugten Töne, die er als „Explosionen" anspricht, über den Mechanismus der Tonleiter und über die laryngoskopisch wahrnehmbaren Veränderungen in der Erscheinung der Glottis beim Singen der aufsteigenden Skala. Von besonderem Interesse sind seine durch eine Zeichnung Mr. Shattock's bekräftigten Angaben über den Bau und die Function des Musculus thyreo-arytaenoideus internus. Aus dem Umstande, dass die Fasern desselben, obwohl sie sämmtlich von der vorderen und unteren Concavität des Giessbeckenknorpels ausgehen, von ungleicher Länge sind, indem die am meisten nach innen gelegenen die kürzesten sind, und jede weiter nach aussen gelegene progressiv länger wird und in einem weiter entfernten Punkt des Stimmbandes endigt, so dass nur die längsten und am weitesten nach aussen gelegenen Fasern den Schildknorpel selbst erreichen, — folgert er, dass sich für die Production der tiefsten Töne nur die kürzesten Fasern contrahiren, und dass, je höher der Ton wird, allmälig eine Faser nach der anderen in Action tritt.

Die Resultate seiner Studien mit der Beschreibung des Laryngoskops theilte Garcia im Jahre 1855 unter dem Titel „Physiological Observations on the Human Voice" der Londoner „Royal Society" mit. Sie sind in dem am 22. März 1855 veröffentlichten 13. Hefte des VII. Bandes der „Proceedings of the Royal Society of London" enthalten.

Nur fünf Tage trennen daher den hundertsten Geburtstag des Erfinders des Laryngoskops vom fünfzigjährigen Jubiläum der Publication seiner Erfindung und damit der Begründung der modernen Laryngologie!

Wenn wir in diesem Artikel nicht weiter auf die Leistungen der Laryngologie in dem verflossenen halben Jahrhundert eingehen, so geschieht dies einmal, weil unsere Leser mit denselben vertraut sind, zum anderen, weil, wie jüngste Vorgänge wieder gezeigt haben, diesen Leistungen noch immer nicht allerseits diejenige Anerkennung gezollt wird, die sie verdienen, und weil wir keinen Misston in die Feststimmung hineintragen wollen, und endlich, weil der 17. März 1905 Manuel Garcia allein gehört! —

Die weitere Entwickeluug der von ihm begründeten Methode ist allbekannt. Wie so häufig, wenn eine grosse Entdeckung oder Erfindung von jemandem gemacht wird, der nicht der „Zunft“ angehört, wurde die Garcia'sche Mittheilung zunächst mit Gleichgültigkeit, wenn nicht mit Ungläubigkeit aufgenommen. Erst als das Heft der Verhandlungen der Royal Society, welches die Garcia'sche Arbeit enthielt, zwei Jahre später in die Hände Türck's gelangte, ging der medicinischen Welt ein Verständniss dafür auf, dass eine Methode von unermesslichem Werth für die Diagnose und Behandlung der Kehlkopfkrankheiten erfunden worden war, und erst der berühmte Prioritätsstreit zwischen Türck und Czermak lenkte die Aufmerksamkeit der ganzen Welt auf das Laryngoskop.

Als später die Pariser Academie den Monthyon-Preis zwischen den beiden letztgenannten Forschern für ihre Verdienste um die Einführung des Laryngoskops gleichmässig theilte, ging der ursprüngliche Erfinder der Methode leer aus! — — — Mit alleiniger Ausnahme des Diploms als Doctor medicinae honoris causa, mit dem die Königsberger Universität im Jahre 1862 nicht nur Garcia, sondern auch sich selbst geehrt hat, und einer ihm vor 30 Jahren von Londoner Physiologen und Aerzten unter Huxley's Führung gestifteten Adresse ist unserem Jubilar überhaupt aus anderen als speciell laryngologischen Kreisen wenig Anerkennung von medicinischer Seite gezollt worden, und es muss als ganz besonders erfreulich bezeichnet werden, dass die Feier seines hundertjährigen Geburtstages ihm Beweise dafür bringen wird, dass die Bedeutung seiner Erfindung auch von anderen als Musikern und Laryngologen in ihrem wahren Werthe geschätzt wird! —

Er selbst hat niemals nach äusserer Anerkennung getrachtet, wenngleich es ihn innig gefreut hat und noch heute erfreut, zu hören und zu sehen, zu welcher Bedeutung sich sein kleiner Spiegel aufgeschwungen hat. Er hat seine Genugthuung darin gefunden, nicht nur, wie sein Vater, eine Anzahl der berühmtesten Sänger des verflossenen halben Jahrhunderts herangebildet, sondern vor allem eine Schule begründet zu haben, die noch heute in England, Frankreich und Deutschland in berufensten Vertretern blüht. Denn nicht nur Jenny Lind, Johanna Wagner, Bataille, Santley, Antoinette Sterling, Margaret Macintyre, Katherine Hayes, Agnes Larcom, die Misses Orridge und Thudichum, gehörten zu seinen Schülern — der alte Herr ist noch heute stolz darauf, dass die schwedische Regierung ihm den Wasa-Orden für seine Verdienste um die Ausbildung Jenny Lind's verlieh, und dass Richard Wag-

ner ihm einen Brief voll warmer Anerkennung über die Fortschritte schrieb, welche seine Nichte Johanna unter Garcia's Leitung gemacht hatte — sondern er ist auch der Lehrer von Frau Marchesi und von Julius Stockhausen, zweien der berühmtesten gegenwärtigen Sangmeister Frankreichs und Deutschlands gewesen. Und wenn wir heutzutage unter den Schülern der letztgenannten beiden grossen Instructoren zeitgenössische Vertreter der edelsten Gesangskunst finden, so sei es an dem bevorstehenden Jubeltage nicht vergessen, dass sie Abkommen der Garcia'schen Methode des Gesangsunterrichts sind!

Vor etwa 30 Jahren verheirathete sich unser Jubilar zum zweiten Male und zwei Töchter, von denen die eine vermählt ist, entsprossen seiner Ehe. Seine Gattin waltet mit sorgender Hand über dem Comfort seines Alters. Schriftstellerisch ist er seit dem Erscheinen seines magnum opus nur in Form einer hochgeschätzten Ergänzung seiner Gesangschule thätig gewesen. Jetzt geniesst er das „otium cum dignitate". Von seiner heutigen Erscheinung giebt die diesem Artikel beigefügte, speciell für das Centralblatt aufgenommene Photographie eine vortreffliche Idee, die freilich von dem von Sargent's Künstlerhand aufgenommenen Portrait weit übertroffen wird. Eine Photogravure desselben wird im Verlag der Berliner Photographischen Gesellschaft erscheinen.

Seit der Gründung der Londoner laryngologischen Gesellschaft, deren ältestes Ehrenmitglied Manuel Garcia ist, haben wir oft die Freude gehabt, den liebenswürdigen Greis in heiterster Stimmung und wunderbarer körperlicher Rüstigkeit bei unseren Stiftungsfesten erscheinen zu sehen, und in ihm nicht nur den Vater unserer Methode zu verehren, sondern ihn in seiner Sprachgewandtheit (er spricht fliessend spanisch, italienisch, französisch, englisch und etwas deutsch), seinem feinen Humor, seiner Herzensgüte und seiner rührenden Bescheidenheit zu bewundern und lieben zu lernen. Von letzterer sei es mir zum Schlusse gestattet, eine charakteristische und wahre Anecdote zu erzählen. Im Jahre 1891 hielt ich in der Royal Institution of Great Britain einen Vortrag über: „Die Cultur der Singstimme"*) In demselben bekämpfte ich die dogmatische Art und Weise, in welcher die Registerfrage von verschiedenen Autoritäten behandelt wird, und zeigte an der Hand der vorzüglichen French'schen Photographien des singenden Kehlkopfs, dass der Mechanismus der Register selbst bei Angehörigen einer und derselben Stimmgattung in verschiedenen Fällen ein durchaus verschiedener ist. Dieser Vortrag führte zu einem humoristischen Epilog. Unter meinen Zuhörern befand sich eine Anzahl der bekanntesten Londoner Gesanglehrer. Als ich geendigt hatte, kam einer derselben, ein durch seinen starren Dogmatismus bekannter Herr, zu mir heran und sagte, offenbar sehr geärgert: „Sie sollten nicht über Dinge sprechen, von denen Sie nichts verstehen!" — Ein zweiter drückte mir seine ganz besondere Anerkennung darüber aus, dass ich gegen die Theoretiker zu Felde gezogen sei und — — — knüpfte hieran eine von ihm selbst eben neu erfundene Theorie über Registerbildung! — Ein dritter erklärte, seinen Schülern abrathen zu wollen, sich zu Sängern auszubilden! — Ganz zuletzt aber kam der

*) Vgl. Centralblatt Bd. VIII. S. 486 u. ff.

alte Garcia und sagte mir: „Mein Gott! Wie viel unrichtiges habe ich in meinem Leben gelehrt!" — —

Nur ein wahrhaft wissenschaftlich denkender Mann kann so sprechen! Und deshalb, weil seine Erfindung nicht eine Laune des Schicksals, sondern das Ergebniss ernsten wissenschaftlichen Denkens ist, feiern den ehrwürdigen Greis am 17. März 1905 nicht nur seine eigene Kunst, nicht nur seine dankbaren Schüler, sondern auch die medicinische Wissenschaft. Wir wollen ihm für seine grosse Gabe danken. Wir wollen ihm sagen, dass wir in Treue bestrebt sind, seine Erfindung weiter zum Besten der leidenden Menschheit, zur Hebung der Wissenschaft, zur Entwicklung der edlen Kunst des Gesanges zu verwerthen. Und wir Alle wollen uns zu dem innigen und herzlichen Wunsche vereinigen, dass Manuel Garcia, dem Vater der Laryngoskopie und der modernen Laryngologie, noch viele Jahre in gleicher Rüstigkeit des Geistes und Körpers beschieden sein mögen, die ihm die gütige Vorsehung bis zum heutigen Tage gegönnt hat!

Das walte Gott! —

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **Fernandès** und **van Swieten. Statistischer Bericht aus der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung von Dr. Goris aus dem Jahre 1903. (Relevé statistique du service d'Oterhinolaryngologie du Dr. Goris pendant l'année 1903.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 2. 1904.*

Es präsentirten sich auf der Klinik von Goris 1300 neue Kranke; vorgenommen wurden 709 Operationen; davon kommen auf den Pharynx 508 (mit 359 Adenotomien; 145 Amygdalotomien und 4 Nasenrachenpolypen); auf die Nase und Adnexe 47: auf die Nasennebenhöhlen 35 (Sinusitis maxill. 10, sphenoid. 6, frontalis 4, ethmoid. 13 und Pansinusitiden 2); auf den Larynx 13 (Tracheotomien 8; Laryngectomie mit Tod und Bronchopneumonie 1; Laryngoplastiken 2; Laryngofissuren wegen Kehlkopfpolypen 2); auf das Ohr 34; auf die angrenzenden Organe: Gesichtsoperationen 21; auf die Kiefer, Zähne und Zahnfleisch 16; auf den Mund und die Zunge: Uranostaphylorrhaphien, Uranorrhaphien und 1 Uranoplastik 10; auf den Hals und Schilddrüse: praelaryngeales Sarcom (1); Bronchialfistel (1); Submaxillarcyste (1); Strumen (9); Lymphdrüsenexstirpationen (7) 19; auf den Schädel: Trepanationen für endocranielle Complicationen chronischer Otitiden: A. der Schläfenbeingrube (3); B. der Kleinhirngrube (2); C. Craniectomien (4); Plastik nach Craniectomien (2).

BAYER.

2) **J. C. Ard. Bericht über Fortschritte in Rhinologie und Laryngologie. (Report on progress of Rhinology and Laryngology.)** *N. Y. Medical Record. 30. Juli 1904.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Literatur des vergangenen Jahres; er spricht zunächst über die Nebenhöhlenchirurgie und die Diagnose der Nebenhöhlen-

erkrankungen, bespricht die Paraffinbehandlung bei Ozaena, die neuen Operationsmethoden bei Septumleisten, die Serumtherapie bei Heufieber, die Behandlung des Schleimhautlupus mit Finsenlicht, den Stand der Therapie bei Larynxcarcinom und Larynxtuberculose.

LEFFERTS.

3) **Fritz Levy** (Berlin). **Demonstration von Typhusbacillen im Sputum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. Vereinsbeilage. 1904.*

Bacillen von der zweiten Woche ab im Sputum.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Perzew. Zur Frage der Aetiologie influenzaähnlicher Krankheiten. weprosu et. influenzapodebnich sabolewanii.)** *Diss. St. Petersburg. 1902.*

Influenzaähnliche Krankheiten theilt der Autor in 3 Kategorien: mit Symptomen von Seiten des Rachens, der Lungen und des Magendarmkanals.

Es fanden sich häufig bei influenzaähnlichen Fällen nur Staphylo- und Streptokokken.

Der Influenzabacillus hat keine charakteristischen mikroskop. Eigenschaften. Seine Lebensfähigkeit ist von kurzer Dauer.

P. HELLAT.

5) **Boenninghaus** (Breslau). **Ueber nervösen Halsschmerz.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Bei Halsbeschwerden unbestimmten, schmerzhaften Charakters mit nur geringfügigem objectiven Befund (leichter chronischer Rachen- und Kehlkopfkatarrh) fand Verf. bei systematischer Palpation des äusseren Halses einen auf Druck schmerzhaften oberen Punkt seitlich zwischen Zungenbein und Schildknorpel — entsprechend dem Durchtritt des Schleimhautastes des Nervus laryngeus superior durch die Membrana hyo-thyreoidea — und „einen unteren Druckpunkt kurz über der Clavicula und dicht neben der Luftröhre" — entsprechend „der Austrittsstelle des Nervus laryngeus inferior seu recurrens aus der Brusthöhle zum Halse". Verf. sieht in dem „steten Auftreten der Schmerzpunkte an den Nervi laryngei neben Katarrhen der oberen Luftwege" einen Zusammenhang, und glaubt, dass der primäre Katarrh secundär zu einer Erkrankung der sensiblen Schleimhautfasern der Nerven führe, also vorliege „eine Pharyngo-Laryngitis chronica, complicirt mit Neuritis laryngea". Erfolgreichste Therapie durch äussere Massage des Halses.

ALBANUS (ZARNIKO).

6) **Löwenheim** (Liegnitz). **Ueber urticarielles Oedem.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 46. 1903.*

Verf. hat in Niederschlesien etwa 90 Fälle gesehen, wo erst Oedeme, dann ekzematöse Erscheinungen auftraten. Die für ein specielle Krankheit der Niederung angesehene Erkrankung zeigt neben Gesichts- und Lidschwellungen oft die Mundschleimhaut verdickt, seltener Oedem der Nasenschleimhaut.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **Pieniazek. Einige Bemerkungen über Asthma bronchiale. (Kilka uwag o dychawicy oskczelowej.)** *Przegl. lek. No. 48. 1904.*

Nachdem der Verfasser die verchiedenen Theorien über Asthma kritisch besprochen hat, behauptet er, dass das Leiden in Folge von acuter Schwellung der

Bronchialschleimhaut entsteht in Folge der unregelmässigen Thätigkeit der vasomotorischen Nerven, und zwar einer Lähmung deren Bronchialfasern; daher entsteht Blutstauung mit nachfolgender Transsudation und Oedem der Schleimhaut. Vermittelst dieser Theorie will Verfasser die verschiedenen Formen und Verlaufvarietäten des Asthma näher erklären; bespricht auch eingehend den Zusammenhang des Bronchialasthma mit Nasenkrankheiten. A. v. SOKOLOWSKI.

8) **Dünges** (Schöneberg bei Wildbad). **Asthma und infectiöse Lungenleiden (Tuerculose, Pneumonie).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Zu der Frage des Antagonismus zwischen Asthma nervosum und Lungentuberculose führt Verf. einen Fall an: 40jähriger Patient, seit 25. Jahr Lungentuberculose (Sputumuntersuchung). Im 25. Jahr hierzu nervös bronchiales Asthma. Die tuberculösen Lungenerscheinungen schwanden jetzt. Patient ist im asthmafreien Stadium vollkommen leistungsfähig. Verf. hält es für selten, dass Asthma auf Tuberculose folge. Umgekehrt fand Verf. unter 670 Lungenkranken der Lungen-Heilanstalt nur 2 Mal paroxysmales Asthma der Phthise vorausgegangen.

Dann theilt Verf. 2 Fälle von Pneumonie bei Asthmatikern mit, die diese Pneumonie auffallend gut, namentlich ohne stärkere Athembeschwerden ertrugen. Verf. sucht den Grund in durch Asthma entstandener compensatorischer Vorrichtung des Athmungsapparates, nämlich in der Geübtheit von Herbeiführung compensatorischer Lungenerweiterung, die bei vorkommender Pneumonie oder Tuberculose den betreffenden Patienten zu gute käme. ALBANUS (ZARNIKO).

9) **Eugen Hirschfeld** (Queensland). **Einige diagnostische Zeichen für beginnende Phthise. (Some diagnostic signs of early phthisis.)** *Australasian Medical Gazette. 21. November 1904.*

Unter anderen Zeichen für beginnende Pththise erwähnt Verf. das Vorhandensein von baumförmig verästelten dilatirten Venen in den beiden Vertiefungen zwischen der Plica glosso-epiglottica media und den Plicae glosso-epiglotticae laterales auf der oberen Fläche der Epiglottis. Er führt dieses Zeichen auf die Steigerung des intrathoracischen Drucks in Folge häufiger Hustenanfälle zurück.

A. J. BRADY.

10) **Jacob** (Berlin). **Ueber die Bedeutung der Lungeninfusionen für die Diagnose und Therapie der Lungentuberculose. I. Experimentelle Studien in Gemeinschaft mit Oberthierarzt Bongert. II. Klinische Studien in Gemeinschaft Prof. Dr. Rosenberg.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26, 27, 28. 1904.*

Um zu versuchen, ob grössere Mengen Flüssigkeiten zu therapeutischen Zwecken bis in die Lunge bis unterhalb der Bifurcation eingeführt werden können, brachte Verf. durch Tracheotomiewunden Kaninchen und einer Ziege Anilin- und Salicyllösungen in die Lunge. Die Eingiessungen wurden gut vertragen. Dann wurden 5 tuberculösen Kühen durch gesetzte Tracheotomiewunden mittelst eines weichen Katheters Lösungen von Hetol, Kreosot, Tuberculin (die auf Tuberkelbacillen nach vorgenommenen Versuchen bactericid wirkten), Methylenblau und Pyoktanin, jedesmal etwa 500 ccm während 6 Monate eingegossen: diese Eingiessungen wurden gut vertragen: besonders durch Tuberculin- und Kreosot-

lösung günstige Beeinflussung. Bei der vorgenommenen Section wird eine starke bindegewebige Abkapselung der tuberculösen Cavernen mit einer entzündlichen Reactionszone als Heileffect der Pulmonalinfusionen hervorgehoben. Nach Rosenberg wird zur Vornahme der Infusion beim Menschen mit 20 proc. Cocainlösung der Kehlkopfeingang, dann mit einem Trachealspray durch $2^1/_2$ proc. B.-Eucainlösung die Trachea und obere Theile der Hauptbronchien unempfindlich gemacht: nun wird durch eine eingeführte weiche Bougie, die bis in einen Hauptbronchus vorgeschoben werden kann, die Flüssigkeit — etwa 20—30 ccm — eingegossen. Mittheilung von 5 Krankengeschichten durch Jacob. Die Kranken befanden sich theils im 1., theils im Anfang des 2. Stadiums der Lungentuberculose. Es wurden in die Lungen auf die beschriebene Art Tuberculinlösungen (von 1 mg steigend bis 5 mg Tuberculingehalt) gebracht, die gut vertragen wurden und nach Ablauf einiger Monate einen günstigen allgemeinen und localen Erfolg herbeigeführt haben sollen. Hervorhebung des diagnostischen Werthes der Tuberculininfusionen zur Erkennung localer Tuberculose der Lunge: schon der 10. Theil der Dosis von Tuberculin, der sonst subcutan positive Reaction giebt, reicht bei localer Lungentuberculose für Pulmonalinfusionen aus, um positive Reaction zu erzielen. Sitzt die Tuberculose an anderer Stelle, so benöthigt die Infusion die gleiche oder eine höhere Dosis Tuberculin als die subcutane Einverleibung.

In der Discussion (Deutsche med. Wochenschr. 1904. 31. 32. 33. Vereinsbeilagen) sprechen sich Oestreich, Westenhoeffer, Litten, Klemperer, Max Salomon, Benno Levy, Max Wolff, von Schroetter jun. (Wien), Wassermann mehr oder weniger abfällig über die Vorträge aus. Westenhoeffer, Lazarus, Hans Kohn werfen Jacob Unrichtigkeiten in den Krankengeschichten vor, die die angegebenen günstigen Erfolge discreditiren. ALBANUS (ZARNIKO).

11) **Gevers-Leuven** (Haag). **Beitrag zur Aërodynamik der Respirationswege. (Contribution à l'Aérodynamique des voies respiratoires.)** *Annales de la Soc. médico-physique d'Anvers. II. a. 4. et 5. livr. 1904.*

Verf. behandelt:

A. die Permeabilität der Nasenhöhlen im Vergleich von links zu rechts;

B. die comparative Permeabilität von Nase und Mund;

C. die Permeabilität der linken Nasenhöhle im Vergleich zur rechten insofern dieselben der Action kalter und warmer Luft oder Reizen ausgesetzt werden.

In D. giebt er die Beschreibung seiner neu modificirten Luftbrücke.

In einem zweiten Capitel bespricht er die absolute Permeabilität, d. h. die Quantität Luft, welche bei constantem Druck in einer Zeiteinheit den Leitungsweg durchströmt; in einem dritten Capitel behandelt er die respiratorische Capacität, die sich kleiner ergiebt bei der Exspiration als bei der Inspiration.

Vom pathologischen Standpunkt aus kommt er zu dem Schluss, dass man

a) wenn eine Ungleichheit beider Nasenhöhlen existirt und diese Inegalität in der Rückenlage unverändert bleibt, auf eine knöcherne Stenose schliessen könne; dass

b) wenn die Differenz zunimmt oder sich nur in der Rückenlage zeigt, man eine Anschwellung der Schleimhaut der unteren Muschel annehmen könne;

c) eine grosse Veränderlichkeit in einer ziemlich kurzen Zeit lasse auf locale vasomotorische Störungen schliessen;

d) diese Compretationen im Falle allgemeiner neurasthenischer Erscheinungen lassen auf die Existenz einer Neurasthenie vasomotorischen Ursprungs schliessen. Verf. hat keinen Ventileffect constatiren können, es sei denn manchmal dem Anscheine nach, wenn die Totalweite der Oeffnungen des Brückensystems zu klein gewählt wurde für das momentane respiratorische Bedürfniss. BAYER.

12) **Vandevelde. Die Hydrotherapie bei der Behandlung der Respirationsorgane. (L'hydrothérapie dans les maladies des organes respiratoires.)** *Annales de la Soc. de méd.-physique d'Anvers. II. a. 3. livr.*

V. macht in der Gesellschaft für physikalische Medicin in Antwerpen einen Bericht über die Hydrotherapie bei der Behandlung der Respirationsorgane, und bespricht:

A. die Erkrankung der oberen Luftwege, speciell des Larynx;

B. die der Bronchien und

C. die der Pleura.

Er resumirt dahin, dass er unter der grossen Anzahl hydrotherapeutischer Verfahren bei der Behandlung der Erkrankungen der Respirationswege nur eine ganz kleine Anzahl beibehalten habe; es sind hauptsächlich: der revulsive und sedative Einfluss auf die schmerzhaften subjectiven Symptome, die allgemeine tonisirende Action und ihre günstige Beeinflussung der Respirationsorgane, welche in Betracht kommen; manchmal kann auch deren antithermische Action mit Vortheil benutzt werden. Vor allem sei aber in der Hydrotherapie ein wirksames Mittel zur Abhärtung für zu obigen Erkrankungen disponirte Personen geboten. BAYER.

13) **Berthold** (Königsberg i. Pr.). **Ein neues Modell zur Heissluftbehandlung von Ohren- und Nasenkranken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1904.*

Zur Zuführung der kalten Luft wird ein Gummidoppelballon oder ein Gummitretgebläse benutzt. Aus dem Brennrohr einer schwedischen Löthlampe (nach Art der Aeolipile) strömt vergastes Benzin, welches angezündet eine kräftige Flamme in ein weites Ansatzrohr hinein unterhält, in welchem wieder in einem durchgeführten, dünnen Eisenröhrchen die zugeführte kalte Luft Gelegenheit zur Erhitzung hat. Die Temperatur kann regulirt und bis 110° C. gesteigert werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

14) **Heryng. Ueber die neuen Methoden und Inhalationsapparate. (O nowych metodach i przyczadach inhalacyjnych.)** *Przegl. Lek. i. Med. No. 52—53. 1904.*

Verf. beschreibt einen eigenen Inhalationsapparat, vermittelst dessen man die Temperatur der zu inhalirenden Flüssigkeit genau reguliren kann (gen. Thermoregulator und Thermoaccumulator). Vermittelst dieser Apparate können Flüssigkeiten entsprechender Weise von verschiedener Zusammensetzung bis in die Alveolen gelangen und können dadurch nicht nur bei verschiedenen Krankheiten des oberen Respirationstractus, sondern sogar des Lungenparenchyms (chronische Tuberculose) nach der Ansicht des Verf. gute Dienste leisten. A. v. SOKOLOWSKI.

15) **B. Fränkel. Ein leichter Reflecter.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 580.*

Der Reflector, von Dörffel und Färber in Berlin (Friedrichstr. 105a) gearbeitet, wiegt bei 10 cm Durchmesser mit Stirnband 84 g, ohne Stirnband 71 g.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Parmentier. Der Nasenverschluss. (L'obstruction nasale.)** *Progrès Méd. Belge. No. 6. 1903.*

Der Autor hebt zuerst die Gefahren hervor, welche die Mundathmung in Bezug auf Rachen-, Kehlkopf- und Brustaffectionen mit sich bringt; ausserdem kann der Nasenverschluss, insbesondere bei Kindern, ernstere Nutritionsstörungen hervorbringen. Er geht dann über zur Aufzählung der verschiedenen Ursachen, welche den Nasenverschluss bedingen mit Berücksichtigung ihrer Natur.

BAYER.

17) **Courtade. Klinische und physiologische Studie über Nasenverstopfung. (Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale.)** *Arch. Internat. de Laryngologie, Otol. etc. No. V. 1903.*

Verf. stellt das zusammen, was wir in Bezug auf die verschiedenen von Nasenaffectionen ausgehenden reflectorischen Störungen wissen.

E. J. MOURE.

18) **Mayo Collier. Ueber latente oder intermittirende Nasenverstopfung. (On latent or intermittent nasal obstruction.)** *Lancet. 13. Februar 1904.*

Verf. macht auf die wichtige Beziehung zwischen Erkrankungen der Nase, insbesondere den mit Nasenverstopfung verbundenen und Affectionen der Respirationsorgane, des Auges und Ohrs aufmerksam. Die Nebenhöhlen spielen eine wichtige Rolle bei der Erwärmung und Reinigung der eingeathmeten Luft. Verf. theilt eine Anzahl von Fällen mit, die die Bedeutung der Nasenathmung für den Gesammtorganismus illustriren sollen.

A. BRONNER.

19) **L. Rugani. Experimenteller Beitrag zur pathologischen Anatomie der Nasenverstopfung. (Contributo sperimentale all'anatomia patologica della stenosi nasale.)** *Arch. Ital. d. Otologia etc. II. 1904.*

Verf. giebt die Sectionsbefunde von Hunden, denen er ein resp. beide Nasenlöcher zugenäht hatte und die er zu Untersuchungen über die Physio-Pathologie der Nasenathmung benutzt hatte. Ueber letztere Untersuchungen hat er bereits früher berichtet (cfr. Centralblatt 1903, Seite 402). Die Section ergab Lungenemphysem und bei dem Hunde mit Verschluss beider Nasenlöcher auch chronische interstitielle Nephritis.

FINDER.

20) **Tommaso Mancioli. Zahncaries und Nasenverstopfung. (Carie dentaria e ostruzione nasale.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio etc. October 1904.*

Aus den vom Verf. und anderen Autoren über die Häufigkeit, mit der die einzelnen Zähne von Caries befallen werden, angestellten Untersuchungen ergiebt sich, dass von den Vorderzähnen bis zum 1. Molaris am häufigsten die oberen, von den Hinterzähnen häufiger die hinteren cariös werden. Verf. erklärt dies

durch einen Zusammenhang zwischen Caries und Nasenverstopfung. Durch behinderte Nasenathmung im Kindesalter wird die Bildung der Alveolen, Richtung und Stellung besonders der oberen Schneidezähne ungünstig beeinflusst und zur Caries prädisponirt. Bei der Mundathmung streicht, wie man sich durch Versuche überzeugen kann, die in- und exspirirte Luft schnell über die oberen Schneidezähne und die unteren Hinterzähne; das giebt für diese Zähne ein continuirliches, wenn auch leichtes Trauma, setzt sie dem Wechsel der äusseren Temperatur aus und begünstigt die Caries.

FINDER.

21) **Dobrowolsky** (Lausanne). **Ueber den Werth der elektrischen Durchleuchtungsmethode für die Diagnose der Kieferhöhlenentzündungen. (Les sinusites et leur éclairage électrique.)** *Dissertation. Lausanne 1903.*

Verf. hat 484 Schulkinder, und 70 Erwachsene ohne Sinuserkrankungen durchleuchtet. Sie fand bei 128 Kindern den unteren Orbitalrand in Form des liegenden Halbmonds, 153 am inneren Augenwinkel in Form des stehenden Trapezes, bei 232 die ganze Wange diffus durchleuchtet, $^1/_3$ der Kinder hatte erleuchtete Pupillen; alle, ausgenommen 45, empfanden rothes Licht bei geschlossenen Augen. Die 70 Erwachsenen zeigten 31mal den Halbmond, 19mal das Trapez, 30mal diffusse Durchleuchtung. Diese Differenzen der Durchleuchtung bei gesunden Kieferhöhlen schreibt Verf. ausschliesslich anatomischen Verschiedenheiten zu. Sie nimmt an, dass bei Ausbuchtung der Höhle in den Alveolarfortsatz der Orbitalrand, bei Ausbuchtung in der Richtung des Proc. nasalis der innere Augenwinkel durchscheinen; fehlen diese Ausbuchtungen, so entsteht bloss diffuse Durchleuchtung, wie man sie bei sämmtlichen positiv ausfallenden Versuchen mehr oder weniger deutlich sieht. Bei 26 Personen mit Sinusitis war 19mal vollständige Dunkelheit und 7mal Transparenz. Die undurchleuchtbaren Sinusiten erwiesen sich einigemale nicht als Empyeme, sondern als Polypenbildung oder als excessive Wucherung der Schleimhaut. Die Dunkelheiten und die Transparenz stufen sich bei den Empyemen je nach der Dicke der Eiterschicht ab, welche in ein und demselben Fall natürlich sehr schwankend sein kann.

Verf. schliesst, die Durchleuchtung habe diagnostischen Werth, wenn die eine Seite dunkel bleibe, die andere erleuchteten Halbmond oder Trapez zeige. Die beiderseitige gleichmässig diffuse Durchleuchtung lasse im Zweifel, weil der Unterschied zwischen beiden sehr gering und doch, wie die Erfahrung beweise, ein einseitiges (und beiderseitiges) Empyem vorhanden sein könne. Hier, wie wohl meistens, bleibt die Probepunktion in ihrem Rechte. Wenn man die vielen extremen Unterschiede der Oberkiefer bezüglich Grösse der Höhlen und Dicke der Knochen, Grad der Ausbuchtungen, nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern auch den zwei Seiten des gleichen Individuums bedenkt, so ist die beschränkte Zuverlässigkeit der Durchleuchtung von vornherein selbstverständlich. Der positive, wie der negative Ausfall kann zu Täuschungen führen, was auch Hajek hervorhebt. Bei der oft schwierigen Differentialdiagnose zwischen Kiefer-, Stirn- und Siebbein-Empyemen mag die Durchleuchtung mitunter ein schätzenswerthes Hülfsmittel sein, jedenfalls weit eher als die Durchleuchtung des Stirnbeinsinus, welche nur sehr bedingte Zuverlässigkeit zu bieten scheint.

JONQUIÈRE.

22) **Alfred Hirschmann** (Berlin). **Ueber Endoskopie der Nase und deren Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 195. 1903.*

H. beschreibt Instrument und Technik seiner Untersuchungsmethode, sowie die mit ihr erhaltenen Resultate. Sein Endoskop hat einen Dickendurchmesser von nur 4 mm und wird durch den alveolaren Bohrkanal, den man mit einem Bohrer von 6—7 mm Durchmesser anzulegen pflegt, leicht in die Oberkieferhöhle eingeführt und frei darin bewegt. Für die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen verspricht die Endoskopie grossen Nutzen. — Der Abhandlung sind einige sehr instructive Abbildungen beigegeben.

F. KLEMPERER.

23) **Charles M. Robertson. Kopfschmerzen infolge nicht-eitriger Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Headache from non-suppurative inflammation of the accessory sinuses of the nose.)** *Journal of the American Medical Association. 5. März 1904.*

In letzter Zeit ist man auf die Entstehung von Kopfschmerzen infolge von Luftdruckstörungen in den Nebenhöhlen aufmerksam geworden. Diese Störungen sind nicht so selten, wie man glaubt und haben, ausser der Eiterung, alle Erscheinungen im Gefolge, wie sie ein Empyem hat. Verf. glaubt, dass es sich hierbei um eine Verminderung des Luftdruckes wegen Verhinderung des Lufteintritts in die Sinus infolge Verschluss ihres Orificiums handelt. So kann infolge der Schwellung der mittleren Muschel und Verlegung des Ausführungsgangs ein Sinus ganz von der übrigen Nase abgeschlossen sein. Die eingeschlossene Luft giebt ihren Sauerstoff infolge Resorption durch die Gefässe der Sinusschleimhaut ab, infolge der Luftverdünnung vermindert sich der auf die Schleimhaut ausgeübte Druck. Es findet eine Schwellung der letzteren statt und es tritt Lymphe in die Höhle aus. Natürlich giebt auch die Durchleuchtung in diesen Fällen ein negatives Resultat.

EMIL MAYER.

24) **C. Compaired** (Madrid). **Doppelseitiges voluminöses Epitheliom des Sinus und des Nasopharynx. Operation. Heilung. Wahrscheinliches Recidiv und Tod des Kranken angesichts des Mangels weiterer Nachrichten anzunehmen. (Voluminoso Epithelioma naso-faringeo sinusual doble. Operaciones. Curacion. Probable reproduccion y muerte del enfermo, dada la completa ausencia de noticias posteriores.)** *El Siglo Médico. No. 2567. 1903.*

Der Pat. hatte zuerst an Nasenschleimhautpolypen gelitten, die zum Theil exstirpirt wurden. Das Epitheliom entwickelte sich später in der Ausdehnung, die näher beschrieben wird. Die durch localen, im allgemein operativen Eingriff entfernten Geschwulstmassen wogen 233 Gramm. Es bestanden naso-pharyngeale, naso-orbitäre, naso-ethmoido-frontale und linksseitige naso-maxilläre Verzweigungen.

R. BOTEY.

25) **J. Passmore Berent. Die Radicaloperation für die Heilung der chirurgischen Highmorshöhlen-, Keilbein- und Siebbeineiterung. (The radical operation for the cure of chronic suppuration of the antrum of Highmore, sphenoid sinus and ethmoid cells.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Verf. hat 11 Radicaloperationen an 10 Patienten vorgenommen; er beschreibt

sein Verfahren, das dem von Jansen nachgebildet ist und erklärt, dass seine Resultate sehr zufriedenstellende seien.

EMIL MAYER.

26) **F. Roepke. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Nasennebenhöhlen. (Contribution to the pathology and treatment of the accessory nasal cavities.)** *Archives of Otology. April 1904.*

Es handelt sich in diesem Bericht zunächst um 3 Fälle von käsigem Empyem und zwar betreffen 2 Fälle davon die Siebbeinzellen, ein Fall die Oberkieferhöhle. Des Weiteren berichtet Verf. über ein Pneumatocele der Stirnhöhle, sodann über ein fötid-purulentes Empyem der Stirnhöhle mit Borkenbildung in einem Fall von ausgesprochener Rhinitis atrophicans, schliesslich über eine Stirnhöhleneiterung infolge einer Pistolenschusswunde. In letzterem Fall wurde die Kugel durch den Ductus naso-frontalis extrahirt.

EMIL MAYER.

27) **C. G. Coakley. Fall von beiderseitiger Sinusitis. (Case of bilateral sinusitis.)** *The Laryngscope. Mai 1904.*

Bericht über einen Fall von Empyem beider Oberkiefer- und Stirnhöhlen.

EMIL MAYER.

28) **Naumann** (Gotheborg). **Hyperostosis maxillae superioris sin., resectio maxillae sup. sin.** *Verhandl. d. med. Gesellschaft zu Gotheborg. S. 43. 1902.*

Der Oberkiefer war bedeutend vergrössert und ganz compact. Der Fall ist von rein chirurgischem Interesse.

SCHMIEGELOW.

29) **Lejars** (Paris). **Fremdkörper der Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Société de Chirurgie. 27. Januar 1904.*

L. demonstrirt eine Revolverkugel, die aus der Oberkieferhöhle nach Eröffnung von der Fossa canina aus extrahirt wurde. Die Kugel war auf einem schrägen Wege in die Kieferhöhle eingedrungen; ihre Eintrittsstelle lag in der Schläfengegend.

PAUL RAUGÉ.

30) **Riese** (Berlin). **Plastik nach Oberkieferresection.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 41. Vereinsbeilage. 1903.*

Demonstration eines Falles von Carcinom, welches von der Highmorshöhle ausgegangen, nach der Mundhöhle und nach hinten durchgebrochen war. Es mussten operativ ausser dem Oberkiefer die Flügelfortsätze und der ganze knöcherne Boden der Orbita entfernt werden. Das Herabsinken des Bulbus wird durch die Muskelknochenlappenplastik nach Fritz König vermieden.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Ledderhose** (Strassburg). **Ein „todtes" Osteom der Kieferhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1904.*

38 jähriger Patient. Seit Kindheit langsam wachsende Auftreibung des rechten Oberkiefers. Seit einem halben Jahre Eiterung aus rechtem oberen Eckzahn, nach dessen Extraction aus der entsprechenden Alveole Eiterung. Durch Abmeisseln der Ränder dieser Alveole Zugang zur Kieferhöhle, in der das auf der Oberfläche zerklüftete Osteom — nussgross, 11 g schwer — gelöst, aber noch eingekeilt lag.

ALBANUS (ZARNIKO).

32) **J. F. Klinedinst. Sarkom der Oberkieferhöhle und Orbita. (Sarcoma of the maxillary antrum and orbit.)** *Pennsylvania Medical Journal. April 1904.*

Eine erste Operation wurde an der Orbita vorgenommen; Recidiv in drei Wochen; bei einem zweiten Eingriff wurde der ganze Tumor von der Highmorshöhle aus entfernt. Es war ein Rund- und Spindelzellensarkom. Kein weiteres Recidiv.

EMIL MAYER.

33) **G. Hudson Makuen. Fall von Aprosexia nasalis verbunden mit Stottern und Empyem der Oberkieferhöhlen. (A case of nasal aprosexia; associated with stammering and empyema of the maxillary antra.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen Knaben mit mangelndem Gedächtniss und fehlender Fähigkeit, seine Gedanken zu concentriren und aufmerksam zu sein; er ist ziemlich aufgeweckt, wird aber durch Gedankenarbeit leicht ermüdet. Aus letzterem Grunde ist eine Behandlung seiner Sprachstörung sehr schwierig. Die Aprosexia bringt Verf. in Abhängigkeit von der Antrumerkrankung.

EMIL MAYER.

34) **P. L. Friedrich** (Greifswald). **Zur Behandlung des chronischen Empyems der Highmorshöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1904.*

Des Verf.'s Methode besteht darin, dass von aussen her nach Umschneidung des Nasenflügels und angesetztem Schrägschnitt nach aussen unten der Nasenflügel abgelöst und die Crista nasalis freigelegt wird; dann wird diese und ein Theil der knöchernen Vorderwand der Kieferhöhhle entfernt und „hart am Boden der Kieferhöhle hingehend" die nasale Wand 1 cm hoch etwa 3 cm weit abgekniffen, so dass ein breiter Zugang zur Höhle geschaffen und Abfliessen des Eiters gewährleistet wird. Tamponade der Höhle, primäre Naht des Nasenflügel- und Schrägschnittes, Herausleiten der Tampons aus der Nase. Guter Erfolg bei 7 Kranken.

ALBANUS (ZARNIKO).

35) **Percy G. Goldsmith. Ungewöhnlicher Fall von Antrumempyem. (Unusual case of empyema of the maxillary antrum.)** *Canada Lancet. December 1904.*

Patient hatte zuerst ein Empyem auf der einen, dann auf der anderen Seite: ein Drainrohr, das in diese eingelegt war, konnte nicht wieder aufgefunden werden. Später nach fester Tamponade der Höhle fand man das Rohr im Hals: es muss eine Oeffnung in der Höhle nach hinten zu gewesen sein.

EMIL MAYER.

36) **E. Hansen** und **F. Pluder** (Hamburg). **Ein Fall von wahrer Zweitheilung der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 404.*

Es handelt sich um einen zufälligen Befund an der Leiche eines etwa 30jährigen Mannes: die rechte Stirnhöhle war durch eine lückenlose knöcherne Scheidewand von annähernd sagittalem Verlauf in zwei Theile getheilt, die zusammen an Grösse fast genau der ungetheilten linken Stirnhöhle entsprachen.

F. KLEMPERER.

37) **Blondian** (Charleroi). **Revolverschuss; merkwürdiger ballistischer Effect. Eindringen des Geschosses in die Schädelhöhle durch den Sin. frontal. hindurch. Operation. Heilung. (Coup de revolver. Curieux effet de balistique. Pénétration du projectile dans la boîte crânienne à travers le sinus frontal. Opération. Guérisen.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie, de Laryngologie etc. p. 214. 1903.*

Aus grösster Nähe abgefeuerte Revolverkugel, Caliber 9, hatte sich vor ihrer Eintrittsstelle in den Sin. frontal. in zwei Segmente getheilt, wovon das kleinere sich aussen auf dem Stirnbein $2^1/_2$ cm nach oben von der Eintrittsstelle unter der Haut festgesetzt, während das andere grosse Segment den Sinus schräg von unten nach oben durchbohrend dem inneren Schädeldach entlang bis zur höchsten Höhe des Gehirns vordrang, wie die Radiographie erwies, und sich dort festsetzte.

Operation: Entfernung des kleinen Segmentes und Radicaloperation des Sinus wie bei der Sinusitis; an der inneren Schädelöffnung sieht man das Gehirn pulsiren und Knochensplitter in derselben; Entfernung letzterer; heftige Blutung, welche von weiterem Operiren Abstand nehmen liess. 4 Tage später Verbandwechsel, Drainage des Sinus nach der Nase hin. Naht der Hautwunde mit Compression. Heilung. Verf. hofft, dass die Kugel, welche bisher symptomlos geblieben, sich abkapseln werde. BAYER.

38) **Mayer. Cyste des Sinus frontalis. (Kyste du sinus frontal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 1. 1904.*

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel, Sitzung vom 27. November 1903, zeigt M. ein Gehirn vor, an welchem man im Niveau des rechten Stirnlappens eine tiefe Einsenkung wahrnimmt, hervorgerufen durch eine Schleimhautcyste des Sinus frontal. von der Grösse eines Fötuskopfes. Nach einer ersten Operation, welche Depage an der 56 jährigen Frau im Jahre 1900 vorgenommen und bei welcher die Natur der Cystengeschwulst festgestellt wurde, erholte sich die Patientin sehr gut und sämmtliche beunruhigenden Hirnsymptome verschwanden rasch; Recidiv 2 Jahre später. Depage beschloss nun die Decortication vorzunehmen, im Verlaufe derer die Dura mater, welche fest mit der Cystenwand verwachsen war, in einer ziemlich grossen Ausdehnung einriss. Tod nach einigen Stunden, wahrscheinlich infolge des brüsken Ergusses der Cerebrospinalflüssigkeit. BAYER.

39) **Kutvirl** (Prag). **Sarcoma sinus frontalis.** *Sbornik klinicki. V. 6. 1903.*

Primäre Geschwülste des Sinus frontalis sind selten. In diesem Falle handelte es sich um ein Spindelzellensarkom, das im weiteren Verlaufe auch die Nachbarschaft ergriff und durch Meningitis zum Tode führte. CHIARI.

40) **Harold Bailey. Leukaemie der Stirnhöhle in einem Fall von doppelter Höhle auf jeder Seite. (Leukaemia of the frontal sinus in a case with supernumerary sinuses in each side.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Es war die Diagnose auf Stirnhöhlenempyem gestellt worden und die Operation wurde vorgenommen. Der Fall endete tödtlich. Bei der Autopsie fand man beiderseits eine doppelte Stirnhöhle und die Schleimhaut der Höhlen war so ge-

schwollen, dass sie fast den ganzen Hohlraum einnahm. Untersuchung der Schleimhaut ergab, dass Mucosa und Submucosa mit Lymphocyten infiltrirt war, und zwar in höchst auffallender Weise. Diese Infiltration war in allen untersuchten Schnitten gleichförmig. Die Umgebung der Gefässe war im Ganzen mehr infiltrirt, als die übrigen Theile. Bei Durchschnitten durch manche Gefässe sah man die Lymphocyten im Lumen liegen, durchsetzt mit rothen Blutkörperchen.

EMIL MAYER.

41) F. Thiele. **Beitrag zur Killian'schen Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 537. 1903.*

Bericht über 6 Fälle aus der Praxis von Noltenius (Bremen), in welchen die Radicalcur nach Killian zur Anwendung kam. In 4 Fällen wurde ein vollständiger Erfolg erzielt; in einem Falle blieb die Heilung bisher aus, was jedoch nicht der Methode Killian's zur Last gelegt werden kann, da entgegen den Angaben Killian's nicht so viel vom Knochen, als erforderlich war, weggenommen wurde; ein Fall endlich starb an Meningitis, doch ist der Ursprung derselben, da die Section verweigert wurde, nicht klargestellt. Verf.'s Endurtheil geht dahin, „dass die neue Radicaloperation Killian's als ein Fortschritt und eine dankenswerthe Verbesserung unserer Operationsmethoden bei chronischer Stirnhöhleneiterung warm zu begrüssen ist".

F. KLEMPERER.

42) H. M. Fish. **Stirnhöhlenempyem als Ursache für Accommodations-Parese. (Frontal sinusitis a cause of accommodation pareso.)** *New Orleans Medical Journal. Februar 1904.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass manche Sehstörungen auf Affectionen der Stirnhöhle zurückzuführen seien; denn es ergab sich, dass nach Ausspülung der Höhle in diesen Fällen eine Verbesserung des Sehvermögens eintrat.

EMIL MAYER.

43) H. Manning Fish. **Stirnhöhlonompyem und partiolle Ophthalmoplogia interna. (Frontal sinusitis and ophthalmoplegia interna partialis.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Februar 1904.*

Verf. berichtet über einige Fälle von Nebenhöhlenerkrankung vom Standpunkt des Ophthalmologen und macht auf einige Punkte aufmerksam, die bisweilen von Rhinologen übersehen werden. Er resumirt dahin, dass partielle Ophthalmoplegia interna, die in verschiedenen Intervallen und wechselndem Grade (mit wechselnder Lage des Nahpunktes) auftritt bei einem emmetropischen Auge, sofern für sie keine andere Ursache auffindbar ist, den Gedanken an eine Stirnhöhlenerkrankung nahe legt.

LEFFERTS.

44) George Fetterolf. **Reflectorische Herzhemmung infolge Reizung der periphoren Trigeminusfasern im Verlauf oinor Operation wegen chronischon Stirnhöhlenempyems. (Reflex cardiac inhibition resulting from irritation of the peripheral fibers of the trifacial nerve and occuring in the course of an operation for chronic empyema of tho frontal sinus.)** *American Medicine. 19. März 1904.*

Jedesmal, wenn der Operateur mit der Curette die Sinuswand berührte, war

ein merkliches Nachlassen in Stärke, Füllung und Frequenz des Pulses zu constatiren, dabei trat Cyanose ein. Die Curettage musste daher öfters unterbrochen werden. Diese Erscheinung ist bisweilen bei Operationen beobachtet worden an Stellen, die vom Trigeminus versorgt werden, besonders häufig von Zahnärzten. Im vorliegenden Falle war die Stirnhöhlenschleimhaut eine solche Stelle. Verf. hat die anatomischen Verhältnisse studirt und gefunden, dass die Nervenfasern vom N. supraorbitalis stammen, möglicherweise mit Betheiligung von Fasern aus dem Schläfen-Backenzweig.

EMIL MAYER.

45) **E. Gruening. Empyem der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle; Abscess des Stirnlappens; Pneumococcaemie; Tod. (Empyema of the ethmoid cells and the frontal sinus; abscess of the frontal lobe; pneumococcaemia; death.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1904.*

Patient litt eine Zeit lang an chronischer Siebbein- und Stirnhöhleneiterung. Er erkrankte an einer Pneumokokkeninfection, wobei die Nase die Eintrittspforte darstellte; die Infection breitete sich auf die Ethmoidalzellen, die Orbita und das Gehirn aus, liess jedoch die Stirnhöhle unberührt. Der eitrige Inhalt derselben enthielt den Pneumococcus nicht, dagegen fand sich dieser im Eiter der Siebbeinzellen, der Orbita und des Gehirns. Das hervorstechendste klinische Symptom, das den Patienten bestimmt hatte, die Augenklinik aufzusuchen, war die Orbitalaffection mit der Protrusio bulbi.

LEFFERTS.

46) **Orlando Orlandini. Ein Fall von Osteo-Periostitis der Orbita infolge Stirn- und Siebbeinempyems. Abscess des Stirnlappens und Meningitis. Leichenbefund. (Sopra un caso di osteoperiostite dell'orbita da sinusite frontale ed etmoidale. Ascesso del lobo frontale e meningite. Reperto necroscopico.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 31. Juli 1904.*

Der Fall betrifft einne 15jährigen Knaben, der mit einer Schwellung am rechten inneren Augenwinkel erkrankte, die sich auf das obere Lid erstreckte. Exophthalmus des rechten Auges; Diplopie; grosse Schmerzhaftigkeit im Bereich der Schwellung; leichtes Fieber, Absonderung schleimig-eitriger Secrete aus der rechten Nase. Als Fluctuation bemerkbar wurde, wurde eine Incision gemacht und es entleerte sich eine grosse Menge Eiter; mit der Sonde kam man auf rauhen Knochen; danach schnelles Verschwinden des Exophthalmus und der Diplopie, Abnehmen der Lidschwellung. In Chloroformnarkose wurde der Knochen mit dem scharfen Löffel leicht ausgeschabt. Nach 6 Tagen begann Erbrechen, Kopfschmerzen, Unregelmässigkeit des Pulses und der Athmung; dabei grosse Blässe und subnormale Temperatur, die später einer Fiebertemperatur bis 39° wich. Exitus. Man fand Meningitis der Gehirnbasis, die Dura mater war entsprechend der Wunde am rechten oberen Augenlid usurirt und perforirt; die Lamina interna der Orbita rauh, beide Stirnhöhlen und Siebbein mit Eiter erfüllt. Die bacteriologische Untersuchung gab Reinculturen von Staphylococcus pyogenes albus.

FINDER.

47) Broeckaert. **Einige Bemerkungen zur Radicalcur der chronischen Sinusitis fronto-ethmoidalis. (Quelques notes sur la cure radicale de la sinusite fronto-ethmoidale chronique.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. I. Fasc. 1904.*

B. verwirft formell das Verfahren von Jacques (Nancy), welches de Stella zu gleicher Zeit wie letzterer in mehreren Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge ausgeübt hatte; er spricht sich für das Verfahren von Kuhnt-Luc oder das von Killian für alle chronische Sinusiten aus. Demjenigen, der nicht mit der einzig wahren Radicalcur Killian's vertraut sei, räth er an, mit dem Luc'schen Verfahren zu beginnen, d. h. mit der Eröffnung der vorderen Sinuswand. Wenn man den Sinus wenig ausgedehnt findet und das Siebbeinlabyrinth nicht an der Eiterung theilnimmt, dann kann man sich mit der Kuhnt-Luc'schen Methode begnügen; in allen anderen Fällen aber sei der einzig einzuschlagende Weg, die Operation nach den von Killian genau festgestellten Regeln zu Ende zu führen.

BAYER.

48) C. F. Finlay. **Ein Fall von Thrombose des Sinus cavernosus als Complication eines Keilbein- und Siebbeinempyems irrthümlicherweise als Thrombose des Sinus lateralis gedeutet. (A case of thrombo-phlebitis of the cavernous complicating an empyema of the sphenoidal sinuses and ethmoidal cells mistaken for a thrombo-phlebitis of the lateral sinuses.)** *Arch. of Otology. December 1903.*

Ein 16jähriger Patient wurde delirirend ins Krankenhaus gebracht; die Anamnese ergab, dass er einige Wochen lang eitrigen Ausfluss aus dem linken Ohr gehabt hatte. Zwei Tage vor seiner Aufnahme bestanden heftige Schmerzen im linken Ohr; auch sonst Symptome von Mittelohrerkrankung. Mastoidoperation und Eröffnung des Sinus lateralis; Tod. Bei der Autopsie ergab sich, dass die Keilbeinhöhle und hintere Siebbeinzellen mit gelbem fötidem Eiter erfüllt waren. Bemerkenswerth ist, dass immer Beschwerden seitens der Nase bestanden hatten.

EMIL MAYER.

49) C. G. Coakley. **Eine leichte Methode, in die Keilbeinhöhle zu gelangen. (An easy method of entering the sphenoidal sinus.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Nach Application von Cocain und Adrenalin wird die Gegend zwischen mittlerer Muschel und Septum mit Wattetupfern sorgfältig von Schleim und Eiter gereinigt. Eine dünne, nicht zu biegsame Sonde wird an der Spitze ungefähr 2 cm nach oben gebogen und diese Spitze mit Watte dünn umwickelt; sie wird zwischen mittlerer Muschel und Septum so eingeführt, dass der nicht umgebogene Theil parallel und oberhalb des unteren Randes der mittleren Muschel liegt. Mit der Sondenspitze wird nun die vordere Keilbeinhöhlenwand abgetastet, bis man das Gefühl hat, dass man in eine Höhle geräth. Postrhinoskopisch muss man sich davon überzeugen, dass man nicht in den Nasenrachen gelangt ist, bei dieser Untersuchung sieht man gewöhnlich ein kleines Stück des nicht watteumwickelten Sondentheils im oberen Theil der Choane. Verticale und laterale Bewegungen

des Instruments sind nicht möglich, da dasselbe sich in einem engen Canal befindet, dagegen können rotirende Bewegungen gemacht werden. EMIL MAYER

50) A. Onodi. **Das Verhältniss des Nervus opticus zu der Keilbeinhöhle und insbesondere zu der hintersten Siebbeinzelle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 360. 1903.*

51) **Derselbe. Zur Kenntniss der Höhlen im Stirnbein.** *Ebenda. S. 375.*

Sorgfältige anatomische Studien, deren Wiedergabe im kurzen Referat nicht möglich ist. Der Rhinochirurg, für den die genaue Kenntniss dieser Verhältnisse nothwendig ist, wird sie im Original studiren müssen. F. KLEMPERER

c. Mundrachenhöhle.

52) A. Dohrn. **Zur Urgeschichte des Wirkelkörpers.** *Mittheilungen aus der Zool. Station zu Neapel. Bd. 17. H. 1 u. 2. 1904.*

Betrifft die Mandibularhöhle und Prämandibularhöhle der Selachier.

J. KATZENSTEIN.

53) A. Manno. **Ueber die Art, wie bei Hühnerembryonen die Pharynxmembran durchbrochen wird und verschwindet. (Sopra il modo si perfora e scompare la membrana faringea negli embrioni di polle.)** *1 Taf. Ric. Labor. Anat. norm. Univ. Roma. Vol. 9. Fasc. 3. p. 233—243.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

54) W. Walkhoff. **Beitrag zur Lehre der menschlichen Kinnbildung.** *Anat. Anzeiger. 5/6. S. 147. 1904.*

Polemik gegen E. Fischer und Weidenreich und nochmalige Darlegung seines Standpunktes: W. nimmt an, dass neben der formgestaltenden Thätigkeit der Muskeln an der hinteren Seite des Vorderkiefers für die Entstehung des Kinnes gleichzeitig und gleichwerthig noch eine fortschreitende Reduction der Kiefer und Zähne bei dem Menschen stattfindet. Ferner hält W. für sicher, dass seine Theorie über die Entstehung des Kinnes beim Menschen durch die vermehrte Thätigkeit der Sprachmuskeln bei gleichzeitiger Reduction des Gebisses an Grösse in der Sagittalebene durch die belgischen Funde (diluviale menschliche Knochenreste) gestützt wird. W. schildert die Reduction der Kiefer und Zähne an der Hand dieser Funde und erklärt auf dieser Basis die bisher wenig beachteten Uebergangsformen späterer Perioden. Daraus schloss W., dass der diluviale Mensch der direkte Vorfahr des heutigen Menschen sei. Der Abstand der Proc. condyloidei von den mittleren Schneidezähnen erklärt sich W. durch die Entstehung des Kinnes infolge der Reduction des Kieferkörpers und der Vorderzähne an Grösse. Im Gegensatz zu diesen Reductionserscheinungen gegenüber den diluvialen Kiefern lässt die verstärkte Thätigkeit der Zungenmuskeln das Trajectorium des Genioglossus besser hervortreten und sie trägt durch die Erhaltung des Kieferkörpers und der Symphyse gleichzeitig mit der Thätigkeit des Geniohyoideus und des Digastricus zur Entstehung des Kinnes bei. J. KATZENSTEIN

55) **J. F. Schaumberg. Eine bakteriologische Untersuchung des Halses in 100 Fällen von Scharlachfieber. (A bacteriological study of the throat in one hundred cases of scarlet fever.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1904.*

Die Culturen wurden zwischen dem 2. und 6. Krankheitstag angelegt. Von 20 Patienten wurde das Blut untersucht, stets mit negativem Erfolg. Die Culturen, die in 100 Fällen mit Material aus dem Hals angelegt wurden, hatten folgende Resultate: In 88 Fällen fanden sich Streptokokken, in 73 Fällen Staphylokokken, in 15 Fällen ein Diplococcus. Verf. glaubt nicht an die ätiologische Bedeutung des Streptococcus für das Zustandekommen des Scharlach; er findet sich auch in einer grossen Zahl von Fällen beim Gesunden. Der von Class beschriebene Diplococcus fand sich nur an einem kleinen Procentsatz der Fälle. LEFFERTS.

56) **J. A. Stucky. Gichtische Nasopharyngitis infolge Allgemeinerkrankung. Lithemic nasopharyngitis due to systemic disturbance.)** *Journal of the American Medical Association. 15. October 1904.*

Verf. versteht unter dieser Bezeichnung einen Typus von Erkrankung, der in enger ätiologischerBeziehung zu Rheumatismus und gichtischer Diathese steht und seinen Ursprung in einer durch Resorption vom Darmtractus aus oder in mangelhafter Function der Leber bedingten Autointoxication hat. Es handelt sich mehr um eine acute Congestion, als um einen entzündlichen Process. EMIL MAYER.

57) **R. Sokolowsky. Ueber die Beziehungen der Pharyngitis granulosa, resp. lateralis zur Tuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 14. H. 3. S. 547. 1903.*

Verf. untersuchte 34 Fälle aus dem Material von Dr. Gerber (Königsberg), von denen 13 mit Tuberculose, bezw. Lupus anderer Organe combinirt waren: von diesen 13 fand er bei 8 (also gleich 61,5 pCt.) Tuberculose der Granula, resp. der Seitenstränge, und zwar entsprach die Art der tuberculösen Erkrankung der sogen. „latenten"-Form der Tuberculose der Mandeln. Verf. zieht daraus den Schluss, dass in manchen Fällen die Exstirpation der Granula und Seitenstränge zu diagnostischen Zwecken, in anderen zu prophylactischen und therapeutischen in Betracht kommen dürfte. F. KLEMPERER.

58) **Herzfeld. Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und lateralis.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 5. 1904.*

Abänderung eines schon 1894 angegebenen Instrumentes, bei dem die schneidenden Ringe am vorderen Ende der gerade verlaufenden Branchen sich befinden, auch Tonsillenreste können derart entfernt werden. Zu haben ist das Instrument bei Pfau, Berlin. SCHECH.

59) **Maurycy Hertz** (Warschau). **Ein Fall von acuter Pharynxtuberculose bei einem sechsjährigen Kinde.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 576. 1903.*

Krankengeschichte des Falles mit differential-diagnostischen Betrachtungen. Das Auftreten von Pharynxtuberculose bei Kindern ist selten, bisher sind 15 Fälle beschrieben. F. KLEMPERER.

60) **Sack. Ueber einen Fall von schwerer Mischinfection im Rachen.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1904.*

Combination von Syphilis mit Vincent'scher Angina bei einem 8jährigen Knaben unter dem Bilde einer Ulceration an den Mandeln und später an der hinteren und seitlichen Rachenwand, begleitet von Fieber. Heilung durch Jodkali.

SCHECH

61) **Lublinski** (Berlin). **Ueber das Verhältniss der Leukeplakie zur Syphilis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 21. 1904.*

Verf. sieht in der Syphilis nur „eine zur Leukoplakie disponirende Erkrankung", ohne dass jede Leukoplakie als eine Folge vorausgegangener Syphilis angesehen werden müsste. Erst auf längere locale Reize — Tabakmissbrauch, Alkohol, Medikamente wie Quecksilber, gewürzte Speisen, Unsauberkeit im Munde –, die die Mundschleimhaut oder Zunge treffen, entsteht Leukoplakie, die oft als Frühstadium in Form rother, glatter Stellen der Schleimhäute, bei weiteren Reizen als stärkere Keratosis in circumscripter oder diffuser Form auftritt. Antisyphilitische Behandlung wirkt leicht ungünstig durch neue Reizung der Schleimhäute.

ALBANUS (ZARNIKO).

62) **G. A. Leland. Leukoplakie der Zunge. (Leucoplakia of tongue.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. September 1904.*

Die Erkrankung bestand bei dem 68jährigen Patienten seit 10 Jahren. Sie betraf die Zunge und Lippenschleimhaut. Pinselungen mit 2proc. Resorcinlösung brachten die Flecken zum Theil zum Verschwinden und verringerten die Schmerzen erheblich.

EMIL MAYER.

63) **Hecht** (Wien). **Glossitis und Mediastinitis peracuta bei einem Säugling.** *Arch. f. Kinderheilkde. 39. Bd. 1904.*

Acht Monate altes Kind mit acut verlaufender Entzündung der Zunge mit Betheiligung der regionären Drüsen, der Gebilde des Mediastinum anticum, einer ganz frischen Pneumonie und einer allgemeinen Staphylokokkeninfection. Die Reihenfolge der Erscheinungen wird folgendermaassen dargestellt: Eine Streptokokkenbronchitis hat zu lobulären Herden in der Lunge, gleichzeitig zur Verbreitung auf dem Lymphwege ins mediastinale Zellgewebe geführt. Andererseits hat das eitrige Bronchialsekret im Munde verweilt und bei zu brüsker Mundreinigung und dadurch gesetzten Läsionen Gelegenheit zu örtlicher Infection der Zunge gehabt, begünstigt durch die allgemeime Erschöpfung.

SEIFERT.

64) **C. B. Lockwood** (London). **Secundäre Infection der Lymphdrüsen bei bösartigen Zungenerkrankungen. (Secundary infection of the lymphatic glands in malignant disease of the tongue.)** *The Clinical Journal London. 8. Juni 1904.*

Verf. giebt eine sorgfältige Beschreibung der Lymphgefässe der Zunge und ihrer Beziehungen zu den tiefen cervicalen und retropharyngealen Drüsen.

JAMES DONELAN.

65) **Srebrny. Geschwulst der Zungenbasis. (Przypadek guza na bodstawie jezyka.)** *Med. 39. 1904.*

Bei einem 40jährigen Manne, welcher seit einigen Monaten über Schling- und Sprachbeschwerden klagte, fand Verf. auf der linken Seite der Zungenbasis eine graue, auf der Oberfläche nekrotische, weiche Geschwulst, welche in die Mundhöhle hineinragte. Die Zunge war nicht infiltrirt. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulst zeigte gewöhnliche Hypertrophie der Zungentonsille.

A. v. SOKOLOWSKI.

66) **Wittmaack. Ueber Dislocation der Zungenbasis durch Tumoren am Halse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 470.*

Faustgrosse Geschwulst an der linken Halsseite, die sich bei späterer Operation als seröse Cyste, branchiogenen Ursprungs oder von einem versprengten Nebenkropf im Ligamentum thyreohyoideum laterale ausgehend, erweist. Bei der Kehlkopfuntersuchung sieht man das linke grosse Zungenbeinhorn als zapfenförmiges, ca. 1 cm langes kleinbleistiftdickes, von blasser Schleimhaut überkleidetes Gebilde aus dem verstrichenen Sinus pyriformis der linken Seite über die linke ary-epiglottischen Falte hinweg kurz oberhalb des Kehlkopfeingangs frei in das Pharynxlumen hineinragen; bei Phonation wird es um einige Millimeter weiter in das Lumen vorgeschoben, bei Schluckbewegungen steigt es deutlich mit dem Kehlkopf auf und ab. Während das Zungenbein so von rechts nach links verdreht erscheint, ist der Kehlkopf derart um seine Längsachse verdreht, dass seine Mittellinie von links hinten nach rechts vorn verläuft, sich also mit der Mittellinie des Körpers im spitzen Winkel kreuzte. Diese Verdrehung des Zungenbeins und des Kehlkopfes in entgegengesetzter Richtung erklärt Verf. aus der Verwachsung des Tumors mit dem Zungenbein oder Ligam. hyo-thyreoideum; nach dieser Richtung kommt ihr eine gewisse diagnostische Bedeutung zu, insofern als die gewöhnlichen seitlichen Halstumoren, die von der Schilddrüse oder den seitlichen Lymphdrüsen des Halses ausgehen und mit dem Zungenbein oder Lig. hyo-thyreoideum nicht verwachsen zu sein pflegen, Kehlkopf und Zungenbein nach derselben Seite verdrängen.

F. KLEMPERER.

67) **J. J. Richardson. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *American Medicine. 3. September 1904.*

Die häufigsten Erscheinungen der Zungentonsillen-Hypertrophie sind Husten und Veränderungen der Stimme nebst Fremdkörpergefühl im Halse. Der Husten ist trocken und ohne Auswurf. Infolge Ruptur der erweiterten Venen, die gewöhnlich die Hypertrophie begleiten, kann Blutung entstehen. Leichte Ermüdung der Stimme beim Singen und Sprechen mit Unmöglichkeit, die hohen Noten zu erreichen, ist besonders häufig. Auch können asthmatische Anfälle vorkommen. Besser als die Cauterisation ist die Entfernung durch das Tonsillotom.

EMIL MAYER.

68) **Wodon. Cyste der Zungenmandel. (Kyste de l'amygdale linguale.)** *Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles. No. 7. 1904.*

Mann von 50 Jahren, Arthritiker und Raucher, verspürt zuerst Prickeln an

der Zungenbasis, welches sich allmälig steigernd das Gefühl eines Fremdkörpers verursacht mit Erstickungsanfällen. Bei der Untersuchung entdeckt W. an der Zungenbasis eine wallnussgrosse Geschwulst, welche die Epiglottis nach hinten verdrängt; dieselbe ist rosafarbig von glatter Oberfläche und harter Consistenz, sodass der Autor ein Fibrom vor sich zu haben glaubte; bei der Punction mit dem Galvanocauter entleerte sich eine schleimige Flüssigkeit, welche die Natur des Tumors verrieth. Excision eines Stückes des Cystenwand. Heilung. — Die Lage des Tumors in der Mittellinie, ausgehend vom Foramen coecum und die mittlere glossoepiglottische Falte einnehmend, lässt W. die Diagnose auf eine Cyste des Bochdaleck'schen Canals stellen.

BAYER.

69) **Henry R. Storrs. Zungenkropf. (Lingual goitre.)** *Annals of Surgery. September 1904.*

Verf. hat 32 derartige Fälle zusammengestellt. Die Geschwulst hat ihren Ursprung stets von einer Nebenschilddrüse, während der Entwicklung des Ductus thyreoglossus. Sie besitzt alle Charakteristica der gewöhnlichen Struma, kommt fast ausschliesslich bei Weibern im Alter von 15—40 Jahren vor, wächst langsam und verursacht bisweilen erst nach jahrelangem Bestehen irgendwelche Symptome, wie Schluck- und Athembeschwerden, Behinderung beim Sprechen und Blutungen. Die Oberfläche der Geschwulst ist glatt, fast niemals ulcerirt. Sie kann allein mit einer Dermoidcyste verwechselt werden, doch ist diese gewöhnlich gelb, wächst schnell und ist nicht so gefässreich, wie die Struma. Operation ist das einzige Mittel zur Entfernung der Geschwulst.

EMIL MAYER.

70) **Axmann** (Erfurt). **Selbstleuchtender Zungenspatel.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 25. 1904.*

Aus dem hohlen, nur vorn durchsichtigen Glasspatel kann — um den Spatel auszukochen — die durch ein kleines Trockenelement gespeiste Glühlampe des Spatels herausgezogen werden. Gewicht mit Element 500 g. Zu beziehen von der Glasfabrik Kirchner, Erfurt-Ilvensgehofen.

ALBANUS (ZARNIKO).

d. Diphtherie und Croup.

71) **Nauwelaers. Werth der klinischen und bakteriologischen Diagnose der Diphtherie bei Anginen. (Valeur du diagnostic clinique et bactériologique de la diphtérie dans les angines.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. 49. 1904.*

In der Sitzung des Cercle Médical vom 7. October 1904 berichtet N. über zwei Fälle von Vorhandensein des specifischen Diphtheriebacillus ohne das Auftreten klinischer Symptome; in dem einen Fall war der diphtheritische Belag verschwunden, als das positive Resultat der Untersuchung bekannt war; in dem anderen Fall hatte das Kind keine Diphtheritis und war nur einfacher Träger des Löffler'schen Bacillus.

BAYER.

72) **Rubens** (Gelsenkirchen). **Zur Diagnose der Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1904.*

Verf. fand bei der bacteriologischen Untersuchung klinisch als Diphtherie

diagnosticirter Fälle häufig Kokken oder Pseudodiphtheriebacillen. Im Bacteriologischen Institut zu Gelsenkirchen waren in 11 Monaten von 179 Mandelabstrichen 26 positiv, 153 negativ auf Diphtherieuntersuchung ausgefallen. Verf. wendet Serum nur bei echter Diphtherie an.

ALBANUS (ZARNIKO).

73) **Seiler** und **de Stoutz** (Lausanne). **Ist die Diphtherie durch das Wasser übertragbar? (La diphthérie est-elle transmissible par l'eau?)** (Arbeiten aus dem bakteriologischen Gesundheitsamt Lausanne.) *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3 u. 7. Genève 1904.*

Von sehr virulenter Cultur in Fleischbrühe wurde 1 Tropfen unter allen technischen Vorsichtsmaassregeln in 1 Liter sterilisirtes Wasser, 2 Tropfen in 3 Liter gewöhnlichen Wassers unter 18° C. 24 Stunden lang gehalten, dann 1 Tropfen jeden Präparates auf Serum gezüchtet. Beide Präparate ergaben die charakteristischen Culturen vom Klebs-Löffler'schen Bacillus. Neun Tage wird von den gleichen Primärculturen das gleiche Experiment mit dem gleichen positiven Erfolg wiederholt. Aehnliche Versuche, welche mit destillirtem Wasser gemacht werden, zeigen bei 10maliger Wiederholung Zunahme der Colonien, so dass der Bacillus in destillirtem Wasser am besten zu gedeihen scheint.

Verff. schliessen aus diesen als unvollständig erklärten Versuchen nur, dass der Bacillus im Wasser sich 10 Tage lang hält, und dass von hier aus bis zur Annahme, dass er durch das Trinkwasser zu Epidemien Anlass geben könnte, nur ein Schritt zu machen ist.

Durch selbst ganz schwach phenilisirte Fleischbrühe wird die Entwicklung ganz verhindert, was bei gleichzeitigem Aufsuchen von Bacillus coli im Wasser zu berücksichtigen ist.

Es ergiebt sich, dass bei längerem Verweilen im Wasser als 1 Monat der Bacillus wesentlich seine Form verändert, seine kurze Gestalt verlängert und Ketten bildet. Zugleich nimmt seine Virulenz ab, ohne jedoch ganz zu erlöschen. Cultivirt man aber diesen degenerirten Mikroben wieder auf Fleischbrühe, dann auf Gelatine und zuletzt wieder auf Fleischbrühe, so nimmt er die richtige Form und Virulenz wieder an. Letztere wurde am Meerschweinchen geprüft.

Verff. erwähnen eine zwischen ihrem ersten und zweiten Artikel erschienene Arbeit von Konradii in Kolosvar, welche die gleichen Ergebnisse mit den meisten pathogenen Mikroben mittheilen, so dass ihre eigenen Arbeiten als Ergänzung zu letzterer angesehen werden können.

Jedenfalls darf nach Allem behauptet werden, dass der Klebs-Löffler'sche Bacillus sich im Wasser mehr als 4 Monate lang in seiner Form und etwelcher Virulenz erhält.

JONQUIÈRE

74) **Nauwelaers. Nasendiphtheritis. (Diphthérie nasale.)** *La Clinique. No. 11. 1904.*

3jähr. Kind, seit 3 Wochen blutig-eitriger Ausfluss aus der Nase, Pseudomembranen in der Nasenhöhle mit Löffler'schen Bacillen; Adenitis cervicalis, schlechter Allgemeinzustand. Seruminjection und Bepinselungen der Membran mit Serum. Heilung nach 4 Tagen.

BAYER.

75) **Anna S. Wilner. Primäre Nasendiphtherie; Bericht über drei Fälle. (Primary nasal diphtheria; report of three cases.)** *N. Y. Medical Journal. 5., 12., 19. November 1904.*

Eine sorgfältige, ausführliche Arbeit. Die eigenen Fälle der Verfasserin betreffen Kinder von 10, 5 und 8 Jahren. Alle Patienten mit primärer Nasendiphtherie sollten zunächst isolirt werden. Die Nase soll mit einem milden Antisepticum oder Wasserstoffsuperoxyd-Lösung ausgespült werden, ferner soll Antitoxin injicirt und der Allgemeinzustand berücksichtigt werden. LEFFERTS.

76) **Nauwelaers. Postdiphtheritische Lähmungen. (Paralysie postdiphtéritique.)** *La Clinique. No. 21. 1904.*

N. hat zweimal ein ganz specielles Aussehen falscher Membranen in Fällen von Diphtherie beobachtet, welche von ausgebreiteter Paralyse gefolgt waren. Die Pseudomembranen hatten das Aussehen eines dünnen opalescirenden, über die Schleimhaut des Gaumensegels ausgebreiteten Schleiers, ähnlich einer ihres Inhalts entleerten Phlyctaene. Im ersten Falle breitete sich die anfangs auf das Gaumensegel beschränkte Paralyse auf die untere Extremität aus, und plötzlich auf die obere und den Thorax, gefolgt von Tachycardie und Tod.

Dieses Aussehen des diphtherischen Exsudats scheine eine sehr grosse Virulenz des Bacillus zu verrathen. BAYER.

77) **Klein** (Berlin). **Zur Casuistik der Crouperkrankungen im Kindesalter.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1904.*

6jähriger Knabe, vor 6 Monaten wegen Rachendiphtherie mit Seruminjection behandelt, erkrankte wieder unter Erscheinungen eines Croup (stenotisches Athmen, Bellhusten, hohes Fieber), ohne dass im intensiv gerötheten Pharynx und Larynx — ausser einer weisslichen, vermuthlich schleimigen Auflagerung auf einem Stimmband — Membranen nachweisbar waren. Nach Antitoxininjection von 1500 Einheiten schnelle Genesung ohne Aushusten von Membranen. Nasenrachen frei von solchen. Auffassung der Erscheinungen als Beginn eines neuen diphtherischen Croups. ALBANUS (ZARNIKO).

78) **F. P. Anzinger. Drei neue Fälle von Croup, die auf Staphylokokkeninfection zurückzuführen sind und Tracheotomie erforderten. (Three recent cases of croup due to staphylococcus and requiring tracheotomy.)** *American Journal Med. Sciences. November 1904.*

In den drei bei kleinen Kindern beobachteten Fällen trat zuerst eine Entzündung der Tonsillen auf, die keinen diphtherischen Charakter hatte. Danach stellten sich Erscheinungen seitens des Larynx ein, die so heftig wurden, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste. In zwei Fällen war Diphtherieantitoxin gegeben worden, jedoch mit negativem Resultat. Aus Kehlkopf und Trachea wurden Reinculturen von Staphylokokken gewonnen; die Mikroorganismen erwiesen sich weissen Mäusen gegenüber als virulent. In solchen Fällen, die klinisch von Diphtherie sich nicht unterscheiden, wird bei Mangel einer bakteriologischen Untersuchung Diphtherieserum angewandt, natürlich ohne Erfolg, was dazu beiträgt, das Mittel zu discreditiren. A. LOGAN TURNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Trétrop. Demonstration eines erbsengrossen Kehlkopfpolypen. (T. présente un polype du larynx de la grosseur d'un pois.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Januar 1904.*

In der Antwerpener medicinischen Gesellschaft zeigt T. einen erbsengrossen Kehlkopfpolypen vor, welchen er einem seit Jahren aphonischen Kranken aus der vorderen Larynxcommissur entfernt hatte.

BAYER.

80) **Sir Felix Semon. Weiches Fibrom des Kehlkopfs und Halses, durch äussere Operation ohne Eröffnung des Kehlkopfinnern entfernt. (Soft fibroma of the larynx and neck removed by external operation without opening the cavity of the larynx.)** *British Med. Journal. 7. Januar 1905.*

Patientin, eine verheirathete aus Canada stammende Frau, wurde im März 1898 und Juni 1899 der Londoner laryngologischen Gesellschaft vorgestellt; weitere Mittheilungen über den Fall wurden am 3. Juni 1904 gemacht. Das Interesse, das der Fall bietet, liegt in seiner extremen Seltenheit, dem aussergewöhnlichen klinischen Verlauf und histologischen Befund, sowie in dem höchst ungewöhnlichen bei ihr eingeschlagenen Operationsverfahren. Bis zum Jahre 1888 hatte sich die Patientin guter Gesundheit erfreut, bis auf zeitweiliges Gefühl von „Zusammmenziehung im Hals". Dies scheint allen objectiven Erscheinungen vorausgegangen zu sein. Im Jahre 1888 bemerkte sie zuerst eine Schwellung in der linken Submaxillargegend, die allmählich zunahm, bis sie im Jahre 1898 die Grösse einer Wallnuss erreicht hatte. Sie verursachte zunächst keinerlei Respirations- oder Stimmstörung. Im Frühling und Herbst pflegte die Schwellung zuzunehmen, aber stets zu ihrer vorherigen Grösse zurückzukehren. Da Kurzathmigkeit auftrat und das Gefühl der „Zusammenziehung im Hals" erheblich zunahm, consultirte Pat. Dr. Major in Montreal, der ausser dem äusseren Tumor auch eine Geschwulst im Larynx entdeckte. Es wurde versucht, diesen zu punctiren und mit der Schlinge zu fassen; es kam jedoch keine Flüssigkeit hervor und die Schlinge zerbrach. Pat. wurde nach London geschickt; hier versuchte man in einem Krankenhaus vergebens, den Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge zu entfernen. Nur ein kleines Stück wurde entfernt, das für krebsig angesprochen wurde; Hals und Zunge wurden dabei verbrannt. Nun wurde die Athmung so behindert, dass man zur Tracheotomie schritt. Die Kehlkopfgeschwulst wurde nicht weiter in Angriff genommen und der äussere Tumor nicht genauer untersucht. Im Jahre 1896 wuchs der letztere derart und machte der Patientin solche Beschwerden, dass sie den Arzt wieder aufsuchte, der ihr sagte, es sei Flüssigkeit darin, er rathe aber, nicht weiter daran zu operiren, wenn es nicht absolut nothwendig würde.

Kurz bevor im Jahre 1898 die Patientin zum ersten Male zum Verf. geschickt wurde, war die Schwellung wiederum gewachsen; es hatten stechende Schmerzen im Hals bestanden, die nach beiden Ohren ausstrahlten. Als S. sie zuerst sah, war all dies erheblich gebessert und ihre Stimme war, obwohl sie noch die Canüle trug, auffallend klar und kräftig. Druck auf den äusseren Tumor jedoch rief sofort Husten und Würgen hervor. Er war nicht mit der Haut verwachsen, sondern

beweglich, augenscheinlich jedoch tief unten befestigt. Es bestand keine Schwellung der Drüsen in der Nachbarschaft. Das larynkoskopische Bild wurde ganz beherrscht von einer enormen Schwellung der linken Kehlkopfhälfte, die sich nach vorn fast bis zum freien Rand der Epiglottis und nach hinten zum linken Aryknorpel erstreckte. Die entsprechenden Theile des Kehlkopfes schienen in diesem glatten Tumor, der von anscheinend normaler Schleimhaut bekleidet war, aufgegangen zu sein. Wenig mehr als der freie Rand der Epiglottis war zu sehen und diese war so verdrängt, dass sie nach rechts hinübersah. Der Tumor begriff das linke Taschenband, die ary-epiglottische Falte und Aryknorpelgegend in sich. Die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden; nach dem Zustand der Stimme jedoch musste das linke als intact betrachtet werden. Verf. giebt ein Resumé über die verschiedenen bezüglich des Falles gelegentlich der Discussion in der Londoner laryngoskopischen Gesellschaft geäusserten Ansichten. Die Beschreibung eines ähnlichen Falles gab im Jahre 1900 v. Bruns im Bergmann-Mikulicz'schen Handbuch der praktischen Chirurgie (pag. 104). Da dieser Fall glücklich operirt wurde, so rieth Verf. der Patientin gleichfalls zur Operation. Dieselbe wurde jedoch verweigert. Im Mai 1904 kehrte die Patientin zurück: es hatte sich jetzt Conjunctivitis und starke Salivation eingestellt. Der Kehlkopftumor war stark gewachsen und die Epiglottis war völlig in ihm aufgegangen. Jetzt willigte die Patientin in die Operation. Verf. ging nach demselben Plan vor, den v. Bruns befolgt hatte; er schnitt über dem äusseren Tumor ein, schälte ihn aus und fand, dass er an einem dünnen Stiel festsass. Der Tumor ging oberhalb des Schildknorpels und unter dem Zungenbein in das Larynxinnere hinein. Der innere Tumor wurde mit dem Finger ausgeschält und völlig entfernt. Die Schleimhaut, die nun eine grosse Höhle bildete und bei der die Gefahr bestand, dass sie bei der Inspiration angesogen werden konnte, wurde an das umgebende Gewebe angenäht, die Trachealcanüle entfernt und die Trachealfistel geschlossen. Die Patientin machte eine schnelle Genesung durch. Die Epiglottis bekam ihre normale Form wieder, nur blieb sie leicht verdickt. Die rechte Kehlkopfhälfte ist völlig normal, das linke Stimmband ist noch durch das verdickte Taschenband verdeckt und kommt nur bei der Phonation zum Vorschein, die linke aryepiglottische Falte ist noch etwas verbreitert, wahrscheinlich infolge des starken und langdauernden Druckes, dem sie unterworfen gewesen sind.

Der Tumor ist von Shattock untersucht worden; er erwies sich mikroskopisch als ein weiches Fibrom. „Obwohl kein beweisendes Zeichen für ein Neurofibrom spricht, so ist doch wahrscheinlich, dass der Tumor dem Verlauf des einen Astes des N. laryngeus superior und der Art. laryngea superior gefolgt ist“. Die klinische Geschichte lässt es zweifelhaft, ob der Tumor ursprünglich sich intra- oder extralaryngeal entwickelt hat.

JAMES DONELAN.

31) **Derenberg** (Hamburg). **Demonstration eines Falles von multiplen Papillomen des Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. Vereinsbeilage. 1904.*

Einem 27jährigen Patienten, der tonlos und mit Luftmangel in die Sprechstunde kam, wurden endolaryngeal eine Menge papillomatöser Wucherungen ent-

fernt; trotz des Eingriffes zunächst nur kleiner Respirationsspalt erzielt; Stimmbänder völlig, Taschenbänder fast vernichtet. Leiden seit 17 Jahren, häufige Operationen, vor 15 Jahren Thyreotomie. ALBANUS (ZARNIKO).

82) **Theodore J. Elterich. Kehlkopfpapillome bei einem Kind. (Papillomata of the larynx in an infant.)** *Archivs of Pediatrics. November 1904.*

Es handelt sich um einen 2jährigen Knaben, der seit dem 7. Monat seines Lebens an Anfällen von Athemnoth und Heiserkeit leidet. Während einer 6monatlichen Beobachtungsdauer konnte die Einwilligung zur Tracheotomie nicht erlangt werden; als diese endlich erfolgte, starb das Kind an Asphyxie, bevor die Operation vorgenommen werden konnte. Bei der Autopsie zeigte sich das Kehlkopflumen fast ganz durch Papillommassen verschlossen. Die Stimmbänder waren obliterirt. EMIL MAYER.

83) **J. U. Johanni** (Basel). **Ueber einen Amyloidtumor des Kehlkopfs und der Trachea.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 331.*

Bericht über die klinische Geschichte und die genaue histologische Untersuchung des Falles. Die im unteren Theil des Kehlkopfes etablirte, die Gegend des Cricoidknorpels und ferner den obersten Theil der Trachea plateauartig einnehmende Amyloidgeschwulst verursachte bei der 66jährigen Patientin lebensgefährliche Stenoseerscheinungen und dürfte den Tod, für den noch andere Ursachen vorlagen, wohl mit verschuldet haben. F. KLEMPERER.

84) **Logucki. Ein Fall von Chondroma laryngis. (Przypadek chrzestniaka krtani.)** *Med. 39. 1904.*

Ein 50jähriger Mann beklagte sich über ziemlich bedeutende und seit einigen Jahren progressiv sich entwickelnde Athembeschwerden. Laryngoskopisch wurde das Vorhandensein einer ziemlich grossen Geschwulst unter dem rechten Stimmbande constatirt, welche das Larynxlumen verlegte und beinahe bis zum linken Stimmbande sich erstreckte. Freies Lumen bestand nur am vorderen Winkel. Die Geschwulst war oval, glatt, blass, bedeckt mit normaler Schleimhaut und bei Sondirung zeigte sie ungewöhnliche Härte. A. SOKOLOWSKI.

85) **Swiatecki. Ein Fall von einer Geschwulst in der linken Fossa glossoepiglottica. (Przypadek guza lewego dolka sozyka nagtosniowejo.)** *Med. 39. 1904.*

Bei einem 30jährigen Manne, welcher seit einem $^1/_2$ Jahre an Druckempfindung im Halse litt, fand Verf. in obiger Region eine erbsengrosse Geschwulst, welche unmittelbar unter der Schleimhaut lag und von rothgelber Farbe war. Ihre Consistenz war ziemlich hart. Verf. meint, dass es sich um ein Chondrom handelte, welches seinen Ursprung aus der Cartilago thyreoid. oder Os hyoides herleitete. A. SOKOLOWSKI.

86) **W. F. Chappell. Völlige Entfernung des linken Stimmbandes wegen maligner Erkrankung. (Complete removal of the left vocal cord for malignant diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1903.*

Vortrag, gehalten vor der American Laryngological Association, Washington Mai 1903. Es sind ungefähr 17 Monate ohne Recidiv vergangen. LEFFERTS

87) **Hans Koschier** (Wien). **Zur operativen Behandlung des Larynxcarcinoms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18 u. 19. 1904.*

Nach kurzer Besprechung der Technik der Larynxexstirpation, sowie einer Erörterung der Todesursachen nach dieser Operation, wobei eine mangelhafte Wundversorgung besonders zu nennen ist, empfiehlt K. seine Methode der Tamponade, deren Resultate günstige sind. Nach erfolgter Exstirpation und exacter Blutstillung wird ein aus zwei Lagen bestehender Jodoformgazetampon unter Leitung des Fingers in die Wundhöhle sorgfältigst eingelegt, wobei namentlich die gegen den Rachen und gegen die Trachea gelegene Partie der Wundhöhle fest ausgefüllt wird. Nunmehr wird in diesen nach Art des Mikulicz'schen Tampons gestalteten Sack ein schmaler Streifen in der Art eingeführt, dass zuerst der untere Theil der Wundhöhle und dann der übrige Raum exact ausgefüllt wird. Die ersten beiden Tage soll der Patient per rectum genährt werden, dann kann er über den Tampon schlucken. Nach ca. einer Woche soll die Ernährung mittelst Schlundsonde erfolgen. Am 9. oder 10. Tage wird der Tampon entfernt und abermals ein solcher Tampon eingelegt, der dann jeden 4. bis 5. Tag gewechselt wird. Diese Methode eignet sich nicht nur für halbseitige, sondern auch für totale Exstirpationen. Bei Carcinom hält K. die Radicaloperation für einzig berechtigt.

CHIARI.

88) **M. B. Carson. Ein Fall von totaler Exstirpation des Kehlkopfs. (A case of complete exstirpation of the larynx.)** *Interstate Medical Journal. April 1904.*

Bericht über einen vor einem Monat wegen bösartiger Erkrankung operirten Fall.

EMIL MAYER.

89) **Chevalier Jackson. Primäre bösartige Kehlkopfgeschwulst. (Primary malignant disease of the larynx.)** *The Laryngoscope. August 1904.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die Thyreotomie die Operation par excellence ist, wenn folgende Bedingungen zutreffen: Beschränkung des Tumors auf das Larynxinnere, begrenzte Ausdehnung, kein Befallensein des Schildknorpels, keine Betheiligung der Drüsen. Die Operation kann auch als exploratorische gemacht werden, wenn die Bösartigkeit nur vermuthet wird. Partielle Kehlkopfexstirpation wird gemacht, wenn bei der Thyreotomie sich eine — noch in den Grenzen des Ausrottbaren liegende — grössere Ausdehnung der Erkrankung herausstellt. Die Totalexstirpation mit, falls nöthig, Entfernung der inficirten Drüsen, ist nöthig, wenn der Patient selbst die Vornahme der Operation wünscht, wenn die Erkrankung ihrem Ausgang oder ihrer Ausdehnung nach derart ist, dass nicht genügend im Gesunden operirt werden kann. Diese Operation hat, wenn die moderne Technik angewandt wird, eventuell Prothesen gebraucht werden, nicht so schlechte Aussichten, wie dies früher der Fall war.

EMIL MAYER.

90) **D. Bryson Delavan. Maligne Kehlkopferkrankung. (Malignant disease of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 17. September 1904.*

Verf. berücksichtigt bei seiner Besprechung auch die Behandlungsarten, die den neuesten Modeströmungen, wie Antitoxin, flüssige Luft, Ligatur der Carotis, Röntgenstrahlen, Radium, ultraviolette Strahlen und hochfrequente Ströme etc.,



entsprechen, und kommt zu dem Ergebniss, dass nur von der frühzeitigen Radicaloperation Erfolge zu erhoffen sind. LEFFERTS.

91) **Sir Felix Semon. Vortrag über Kehlkopfkrebs. (An adress on cancer of the larynx.)** (Gehalten vor der Laryngologischen Section der New York Academy of Medicine, 20. November 1904.) *Lancet. 5. November 1904.*

Verf. erinnert an die grossen Fortschritte, die seit dem Jahre 1887 in der Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses gemacht worden sind, an das abfällige Urtheil, das in jenem Jahr Paul von Bruns über die Thyreotomie gefällt hatte, an des verstorbenen Lennox Browne unselige Doctrin, dass gutartige Kehlkopfgeschwülste nach intralaryngealen Eingriffen eine besondere Tendenz zeigen, bösartig zu werden und an das Ergebniss von Semon's Sammelforschung über diesen Punkt. Im Jahre 1889 bewies Butlin, dass viele Fälle von Carcinom des Kehlkopfinnern durch Thyreotomie geheilt werden können. Die mittels dieser Methode in England erfolgreich behandelten Fälle haben niemals auf dem Continent und in Amerika hinreichende Würdigung gefunden. Verf. spricht dann ausführlich von John Mackenzie's Aufsatz aus dem Jahre 1900, in welchem dieser 1. die Diagnose des Larynxcarcinoms mit blossem Auge fordert, 2. die Entfernung eines Stückchens zur mikroskopischen Untersuchung scharf verurtheilt, 3. desgleichen die Thyreotomie verwirft und 4. zur Entfernung des ganzen Larynx nebst den Drüsen räth. Im Jahre 1902 entwickelte Mackenzie ähnliche Gesichtspunkte. Semon unterwirft diese vier Punkte einer scharfen Kritik:

1. Die Diagnose mit blossem Auge ist natürlich werthvoll, aber nicht bindend; man sollte sich niemals ausschliesslich auf sie verlassen. Auch die erfahrensten Beobachter haben Irrthümer gemacht.

2. Mackenzie's Behauptung, dass durch Entfernung eines Stückchens von der Geschwulst die Gefahr einer Autoinfection und Metastasenbildung besteht, ist irrthümlich. Es ist nicht ein einziger Fall von localer Autoinfection infolge eines intralaryngealen Eingriffs berichtet worden. Es existiren nur drei authentische Fälle von localer Autoinfection unabhängig von chirurgischem Eingriff. Die Behauptung einer „Gefahr von Metastasenbildung" schwebt in der Luft und wird durch keinerlei Thatsachen gestützt (vergl. Centralbl. V. S. 318, 319).

3. Verf. erwidert ausführlich auf die Mackenzie'sche Behauptung, dass der ganze Larynx nebst den zugehörigen Lymphdrüsen entfernt werden solle in jedem Falle von Kehlkopfkrebs. Carcinom des Larynxinnern bleibt viel länger eine rein locale Erkrankung und eignet sich daher mehr für eine weniger eingreifende Behandlung, als Carcinom, das über das Larynxinnere hinausgeht — und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die Lymphgefässe der Gegend, die bei dem Krebs des Kehlkopfinnern in Betracht kommen, mehr unter einander ein Netzwerk bilden und weniger mit denen der Nachbarschaft anastomosiren, als dies bei den die oberen und äusseren Theile des Larynx versorgenden Lymphgefässen der Fall ist. Jeder Fall muss nach seinen besonderen Verhältnissen beurtheilt werden. Wenn ein bösartiger Tumor an der Kehlkopfhinterwand sitzt, wenn die Drüsen zu beiden Seiten des Halses bereits geschwollen sind, wenn das Carcinom, das vielleicht im Kehlkopfinnern seinen Ursprung genommen hat, bereits die Grenzen der Innenregion überschritten, beide

Seiten des Kehlkopfs ergriffen und zu beiderseitiger Cervicaldrüseninfection geführt hat, so besteht natürlich die einzige Chance, das Leben des Patienten zu erhalten, in der Totalexstirpation des Larynx mit Entfernung der afficirten und benachbarten Drüsen. Beschränkt sich jedoch das Carcinom zur Zeit, wenn es entdeckt wird, auf die Innenregion, ist es im Umfang begrenzt und hat die Gerüstsubstanz des Kehlkopfs und die benachbarten Lymphdrüsen noch nicht inficirt, dann ist es, wie uns die Erfahrung lehrt, in einer grossen Zahl von Fällen möglich, den Patienten zu retten, ohne dass man zu der äussersten Maassnahme der Totalexstirpation seine Zuflucht nehmen muss. — Semon stimmt mit Mackenzie darin überein, dass eine intralaryngeale Entfernung des Carcinom nicht versucht werden soll.

4. Mackenzie's Behauptung, dass die Thyreotomie in der Chirurgie des Kehlkopfkrebses keinen Platz finden dürfe, wird scharf kritisirt. Semon berichtet über 20 von ihm selbst publicirte Fälle von Thyreotomie mit 19 Genesungen, 17 dauerndenHeilungen, 2 zweifelhaften Recidiven und einem Todesfall. Es soll unter Chloroform-, nicht Aethernarkose operirt werden. Die halbseitige Exstirpation wird in Zukunft weniger häufig ausgeführt werden, da der Kehlkopfkrebs jetzt früher als ehemals diagnosticirt wird.

Der Vortrag schliesst mit folgenden Zusammenfassungen:

1. Es ist von höchster Wichtigkeit, dass die Diagnose des Kehlkopfkrebses im denkbar frühesten Augenblick gestellt werde. Dazu ist es höchst wesentlich, dass die noch vorherrschende Vorstellung, der Kehlkopfkrebs sei von Anfang an von schweren constitutionellen Symptomen begleitet, völlig ausgerottet werde und dass die praktischen Aerzte immer wieder auf die Thatsache aufmerksam gemacht werden, dass es keine aussichtsvolleren Fälle für eine radikale Operation giebt, als solche, in denen die Krankheit sich Anfangs nur in hartnäckiger Heiserkeit ohne anscheinende Ursache bei Personen im mittleren oder vorgeschrittenen Lebensalter zeigt.

2. Die klinische Diagnose auf Grund der Anamnese und subjectiven Symptome, sowie der laryngoskopischen Untersuchung und begleitender Umstände, wie Lebensalter etc. macht es uns in vielen Fällen möglich, schon in einem frühen Stadium die Krankheit zu erkennen; sie ist aber keineswegs vollkommen und Irrthümer passiren hier auch dem Geübtesten.

3. Unter diesen Umständen muss die klinische Diagnose, wenn irgend möglich, vor der Radikaloperation durch intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung eines oder mehrerer Fragmente der Neubildung bestätigt werden. Dies soll jedoch nur dann gethan werden, wenn der Patient vorher seine Zustimmung dazu gegeben hat, dass, wofern das Mikroskop die Diagnose bestätigt, sofort die Radikaloperation unternommen werden darf. Auch das Mikroskop ist in diesen Fällen keineswegs unfehlbar. Erhält man ein negatives oder zweifelhaftes Resultat, so soll entweder die intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung, wenn nöthig, mehrere Male wiederholt oder, wenn die klinischen Symptome keinen Aufschub erlauben, die exploratorische Thyreotomie gemacht werden.

4. Die intralaryngeale Methode ist ihrer ganzen Natur nach für die radikale Entfernung maligner Kehlkopftumoren ungeeignet.



5. Ob die Pharyngotomia subhyoidea, abgesehen davon, dass sie nur bei einer kleinen Zahl von Fällen anwendbar ist, in solchen Fällen rathsam ist, erscheint noch zweifelhaft.

6. Die Thyreotomie ist, wenn sie in geeigneten Fällen, frühzeitig genug und nach den modernen Grundsätzen, die sich als erfolgreich erwiesen haben, vorgenommen wird, bei Carcinom des Kehlkopfinnern eine wahrhaft ideale Operation.

7. Die halbseitige Exstirpation kommt in Frage, wenn sich nach Eröffnung des Larynx herausstellt, dass eine einfache Thyreotomie nicht mehr genügt; man mag an sie die Entfernung der regionären Lymphdrüsen schliessen, auch wenn sie scheinbar nicht erkrankt sind.

8. Totale Exstirpation soll ausschliesslich für die Fälle vorbehalten bleiben, in denen das Carcinom über das Kehlkopfinnere hinausgeht, oder für solche Fälle von Carcinom des Kehlkopfinnern, in denen beide Seiten afficirt sind und in denen die Krankheit zu weit vorgeschritten ist, als dass sie durch mildere Maassnahmen beseitigt werden könnte. Sie soll stets von Exstirpation der Lymphdrüsen auf beiden Seiten des Halses begleitet sein.

ADOLPH BRONNER.

92) **J. Cisneros. Die Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs.** Antwort an Dr. Semon (London)*).

In einem vor der 71. Jahresversammlung der British Medical Association gehaltenen Vortrag über die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfgeschwülste erwähnte Semon die von Dr. Botella auf dem Madrider internationalen Congress vorgebrachte Statistik über die in der Klinik des Prof. Cisneros wegen Larynxcarcinom vorgenommenen Thyreotomien. Diese Statistik hatte das beklagenswerthe Resultat ergeben, dass von 8 operirten Fällen bei 6 ein Recidiv auftrat, während von 2 nach einer recidivfreien Zeit von einem Jahre weitere Nachrichten ausgeblieben waren. Semon erwähnte diese Statistik als Beweis dafür, wie die Operation, die in den Händen britischer Operateure so vorzügliche Resultate gegeben, discreditirt werden könne, wenn die für Indicationsstellung und Technik nöthigen Vorbedingungen nicht erfüllt werden. Er hatte anlässlich einer Controverse mit den Herren Le Bec und Real (Annales des maladies de l'oreille etc., October 1903, Januar, März 1904), in der sich diese zu der unglaublichen Behauptung verstiegen, „die Thyreotomie sei nur eine Palliativoperation", nochmals Gelegenheit, auf die Cisneros'schen Thyreotomien zurückzukommen und ihren Werth als Argument gegen die von ihm bevorzugte Operationsmethode energisch zu bestreiten.

In vorliegender Arbeit sucht Verf. Semon gegenüber zu beweisen, dass er sowohl in der Indicationsstellung wie in der Art des Operirens allen von Semon selbst aufgestellten Bedingungen gerecht geworden sei und dass daher die von ihm erzielten schlechten Ergebnisse dem Operationsverfahren als solchem zur Last falle.

Wir führen die Indicationen für die verschiedenen bei bösartigen Kehlkopf-

*) Das Referat ist nach einer Uebersetzung angefertigt, die Dr. Botey von dem spanischen Original für die Redaction des Centralblatts anzufertigen die Güte hatte.

tumoren in Frage kommenden chirurgischen Methoden, von denen Cisneros sich bei der Wahl seines Verfahrens leiten lässt, mit seinen eigenen Worten an:

1. Gestielte Tumoren, welche am Rande eines Stimmbandes sitzen und welche die Bewegungen desselben nicht hindern oder wenigstens nicht vollständig lähmen: Endolaryngeale Behandlung.

2. Geschwülste, die dem ganzen Stimmband oder dem grossen Theil desselben aufsitzen mit vollständiger Lähmung desselben: Thyreotomie.

3. Geschwülste, welche in grösserer oder geringerer Ausdehmung auf eine Hälfte des Kehlkopfs sich erstrecken: Partielle Exstirpation des Kehlkopfs; Hemilaryngectomie.

4. Tumoren der Epiglottis oder des Vestibulum laryngis: Pharygotomia infrahyoïdea oder besser noch die Vallas'sche Operation.

5. Tumoren, welche beide Seiten des Kehlkopfs einnehmen: Totale Laryngectomie.

6. Geschwülste, welche eine Infection der Lymphdrüsen bedingt haben. Was für eine Ausdehnung auch der Tumor haben möge: 'Palliative Behandlung.'

Ein Blick auf das diesem vorhergehende Referat (No. 91), in dem eine Zusammenfassung der von Semon im Jahre 1904 vor der Academy of Medicine in New-York vorgetragenen Anschauungen über die Behandlung der Larynxcarcinome gegeben ist, wird sofort die Differenz aufweisen, die zwischen ihm und dem spanischen Chirurgen bezüglich der Indicationsstellung obwaltet. Gerade in den sub 1 von Cisneros angeführten Fällen würde Semon die Thyreotomie machen, während von den Fällen der zweiten Cisneros'schen Categorie, „wo das ganze Stimmband oder der grösste Theil desselben von der Geschwulst eingenommen ist und vollständige Unbeweglichkeit des Stimmbandes besteht", gewiss manche nicht der von Semon immer wieder für den Erfolg der Thyreotomie als unbedingt erforderlich betonten Bedingung entsprechen, dass nämlich die Diagnose der Erkrankung im Frühstadium gestellt sein muss und dass die Erkrankung nicht zu ausgedehnt und zu tiefgehend sein darf.

In Bezug auf die Technik hält sich C. gleichfalls nicht an die von Semon seit lange für dieselbe aufgestellten Regeln, obwohl er dies behauptet. Aus seiner Beschreibung geht klar hervor, dass er nicht mit Semon nach der Kehlkopfspaltung die Tamponade des Larynx weglässt und die Tracheotomiecanüle sofort entfernt, ein Verfahren, von dem noch kürzlich ein in Beziehung auf diese Dinge so erfahrener Chirurg, wie Gluck, gesagt hat, dass er damit „tadellose functionelle Dauerresultate" zu erzielen vermochte (Centralblatt XX, S. 115), wie er denn an derselben Stelle sein vielleicht auch in den Augen von Prof. Cisneros nicht incompetentes Urtheil über den Werth der Thyreotomie in die Worte zusammenfasst: „Die Laryngofissur bildet für diese Fälle (nämlich die Frühstadien des Carcinoms) nicht nur eine palliative, sondern eine segensreiche radicale und dabei conservative Methode."

FINDER.

93) **Cahn** (Strassburg). **Papillom der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 22. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag über einen Fall.

ALBANUS (ZARNIKO).



94) **S. Rosenheim** und **M. Warfield. Ein Fall von Fibro-Adenom der Trachea. (A case of fibro-adenoma of the trachea.)** *American Journal Med. Sciences. Juni 1904.*

Die 25jährige Patientin klagte seit 9 Monaten über ein Gefühl von Luftbeengung. Der Kehlkopf war normal, Drüsen waren nicht vorhanden. Dagegen fand man dicht unter dem Larynx, der hinteren Trachealwand aufsitzend, eine kleine, fast halbkuglige mit rother Schleimhaut überzogene Geschwulst von der Grösse einer Murmel. Dieselbe wurde mittels Oeffnung der Trachea entfernt und erwies sich mikroskopisch als ein Adenom.

A. LOGAN TURNER.

95) **David Bovaird. Verschluss der Trachea durch eine Geschwulst bei einem 3 Jahre alten Knaben. (Tracheal obstruction from a tumor in a 3 year old boy.)** *Archivs of Pediatrics. October 1904.*

Aus der Anamnese ergab sich, dass allmälich stärker werdende Behinderung beim Athmen vorlag. Unter Aethernarkose wurde eine Untersuchung vorgenommen: die Intubation gelang nicht wegen Unwegsamkeit der Trachea. Es wurde schleunigst tracheotomirt, doch das Kind starb auf dem Operationstisch. Autopsie: Grade unterhalb des Larynx befindet sich ein grosser lappiger Tumor, der zwischen Trachea und Oesophagus liegend, mit beiden verbunden ist. Bei der Eröffnung des Oesophagus von hinten findet man, dsss die Hinterfläche des Tumors von der vorderen Wand des Oesophagus, der an dieser Stelle stark erweitert ist, bedeckt wird. Der Tumor besteht aus Fett- und Bindegewebe mit einigen quergestreiften Muskelfasern.

EMIL MAYER.

96) **v. Sokolowski. Ein Fall von Tumor der Trachea. (Przypadek guza tchawicy.** *Med. 38. 1904.*

Bei einem 32jähr. Manne, welcher seit 8 Monaten an Husten und progressiv zunehmender Athemnoth litt, wurde laryngoskopisch unterhalb des linken Stimmbandes eine geschwulstartige Verdickung gefunden, welche bedeutend das Lumen verengte. Das linke Stimmband war ebenfalls verdickt. Da der allgemeine Zustand des Kranken günstig war und keine nachweisbaren Veränderungen in den Lungen vorhanden waren, so vermuthete Verf., dass es sich im obigen Falle um Sclerom des Larynx handelte.

A. v. SOKOLOWSKI.

97) **J. Daland** und **Joseph Mc. Farland. Primärer bösartiger endotrachealer Tumor; vorläufiger Bericht. (Primary malignant endotracheal tumor; preliminary report.)** *Journal of the American Medical Association. 3. September 1904.*

Die Arbeit berücksichtigt besonders die Pathologie der Geschwulst.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

98) **Ouspensky** (Genf). **Wirkung des Cocains auf den Erfolg der Transplantationen von Schilddrüse. (Influence de la Cocaine sur la reprise des greffes thyreoidiennes.)** *Dissertation. Genf 1904.*

Zuerst führt Verf. die Wirkung des Cocains auf die Keimung und alko-

holische Gährung, auf die Contractilität des Protoplasma, auf die Structur und Widerstandsfähigkeit gewisser Zellen an. Schwache Lösungen hemmen die Gährung vorübergehend. Die Keimung wird vorübergehend durch Cocain nicht beeinflusst.

Die Contractilität des Plasma (Epithelflimmern, amöboide Bewegungen, Spermatozoenwimmeln) wird durch schwache Lösungen erregt, durch starke vorübergehend gelähmt. Die Infusorien des Chlorophylls werden getödtet. Die Leukocyten vermindern sich vorübergehend, die rothen Blutkörperchen werden in Form und Farbe entstellt.

Die Injection des Cocains in die Stelle der darauffolgenden Transplantation vermindert die Vitalität des Schilddrüsenpfropfs. Merkwürdiger Weise gedeiht derselbe jedoch in 2 proc. Cocainlösung; dasselbe Ergebniss, wenn die Schilddrüse selbst mit Cocainlösung behandelt wird. JONQUIÈRE.

99) **J. H. Fergusson. Versprengtes Schilddrüsengewebe und seine Beziehungen zu Intratrachealtumoren. (Aberrant thyreoid tissue and its relation to intratracheal growths.)** *N. Y. Medical Journal. 13. August 1904.*

F. berichtet über einen Fall von versprengter Struma. Solche versprengten Schilddrüsenmassen finden sich häufiger oberhalb als unterhalb des Schildknorpels. Sie sind häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Gruber fand sie bei 300 Sectionen 23 mal. Im Fall des Verf. lag der Tumor an der rechten Seite der Trachea, erstreckte sich um dieselbe herum bis zu ihrer Mitte. Es fanden sich einige isolirte fusiforme Massen in der Hinterwand, nahe den Enden der Knorpelringe. Ein starkes Band von Muskelgewebe umgab den Schildrüsentumor und viele Muskelfasern endeten innerhalb desselben. LEFFERTS.

100) **Henry G. Webster. Einige Beobachtungen über Erkrankungen der Schilddrüse mit einer Analyse von 28 Fällen. (Some observations on diseases of the thyreoid, with an analysis of 28 cases.)** *Brooklyn Medical Journal. April 1904.*

Der Aufsatz ist vornehmlich von chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

101) **Wm. Austin Tones. Cystenkropf bei einem 24jährigen Weibe. (Cystic goitre in a woman, 24 years of age.)** *Brooklyn Medical Journal. December 1904.*

Der Cystenkropf betraf den rechten Lappen. Derselbe wurde ganz entfernt. Nach 2 Monaten war der Puls von 120 auf 78 zurückgegangen und die Dyspnoe verschwunden. EMIL MAYER.

102) **A. S. Ashmead. Kropf in Pennsylvanien. (Goiter in Pennsylvania.)** *N. Y. Medical News. 24. December 1904.*

Verf. hat in Nordpennsylvanien Kropf und Cretinismus beobachtet; er fasst dies als Degenerationssymptom infolge Inzucht auf. LEFFERTS.

103) **Pelper** (Greifswald). **Demonstration von Strumakranken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 21. Vereinsbeilage. 1904.*

Im Gegensatz zu der Anschauung, dass Kropf an den niederen Meeresküsten nicht vorkomme, demonstrirt Vortragender 3 Fälle von Kropf — Patienten im

Alter von 5, 11 und 16 Jahren —, die in der Greifswalder Gegend geboren sind und dort leben.
ALBANUS (ZARNIKO).

g. Oesophagus.

104) **Morel. Ueber die Anwendung der Magensonde bei den Irrsinnigen. (De l'emploi de la sonde oesophagienne chez les aliénés.)** *Dissertation. Neuchâtel 1903.*

Diese Arbeit für Psychiater wird hier angeführt, weil es einem Laryngologen, wie es Referenten geschah, begegnen kann, bei einem Melancholiker zu schwieriger Sondirung zu Hülfe gezogen zu werden.

Wahl der Sonde: Nur weiche, aber dickwandige Kautschukschläuche von ca. 11 mm Durchmesser. Einführung womöglich stets durch die Nase. Der Arzt kann, einmal durch die Nase gelangt, seine Hand durch den Gang der Sonde leiten lassen und braucht nicht besondere Richtungen aufzusuchen. Er benutze die reflectorischen Schluckbewegungen zum Weitergleiten. Das Gesicht des Kranken muss dabei stets beobachtet werden: Schimpft und schreit er, darf man ruhig weiter gehen. Strengste Regel ist, nach erfolgter Einführung zu prüfen, ob das Rohr wirklich im Magen sei, bevor man Speise eingiesst. Denn manche Geisteskranke sind auch gegen falsche Einführung unempfindlich. Die beste Controle bietet die Auscultation der Magengegend, während ein Gehülfe von oben Luft einbläst. Bei eintretendem Erbrechen muss die Sonde sofort zurückgezogen werden. Die Nahrung sei stets eine flüssige und namentlich anfänglich nicht reichlich auf einmal. Sie genügt auf lange Zeit.
JONQUIÈRE.

105) **Wyler** (Endingen). **Ein Fall von congenitaler Atresie des Oesophagus und Duodenum.** *Dissertation. Zürich 1904.*

Viertes Kind (Knabe) einer ziemlich gesunden Frau; zwei Kinder lebend. Der Knabe war unvollständig entwickelt; 2380 g schwer, 26 cm lang etc. Die gut gesogene Milch kamm immer sogleich durch die Nase zurück und der Knabe wurde dabei cyanotisch. Er war dazwischen ruhig, Herzaction und Athmung ziemlich normal; Abgang von Meconium reichlich. Es wurden Nährklystiere versucht, aber nicht behalten. Die Sondirung der Speiseröhre führte 12 cm tief auf eine Atresie. Am 10. Tage starb der Knabe. Die Autopsie ergab einen grossen Magen mit braunschwarzem Schleim prall gefüllt. Von der Cardia aus gelangt man in den stark erweiterten unteren Theil des Oesophagus, dessen blindes Ende den oberen Theil der Speiseröhre bei weitem nicht erreicht. Ganz analog verhält es sich mit dem stark erweiterten, blind endenden Stück des Duodenums. Der übrige Darm ist dünn und atrophisch, enthält ziemlich viel Meconium u. s. w.
JONQUIÈRE

106) **Péhu. Ein Fall von Broncho-Oesophagusfistel bei Adenitis mediastinalis nach tuberculöser Pericarditis. (Sur un cas de fistule broncho-oesophagienne dans une adénopathie consécutive à une péricardite tuberculeuse.)** *Lyon médical. 14. August 1904.*

Die Symptome liessen an eine Neubildung des Oesophagus denken. Die Section ergab den im Titel angegebenen Befund.
PAUL RAUGÉ.

107) **Dufour. Luft-Speiseröhrenfistel. (Fistule tracheo-oesophagienne.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 49. 1904.*

38jährige Frau. Oppression und Gefühl von Verschlucken aller Ingesta und bald darauf regelmässiges Auswerfen alles Verschluckten. Schmerzen in der Gegend des Manubrium. Rasselgeräusche an der linken Lungenbasis und der linken Subclaviculargegend. Paralyse des linken Recurrens. Tod an doppelter Bronchopneumonie. Die Autopsie ergiebt eine ausgebreitete Ulceration der hinteren Trachealwand unterhalb des Ringknorpels mit einer Fistel in ihrem Centrum; keine Lungentuberculose, wahrscheinlich syphilitischer Natur.

BAYER.

108) **Kramer** (Glogau). **Die Behandlung grosser spitzer Fremdkörper im Halstheil der Speiseröhre.** *Centralbl. f. Chirurgie. 50. 1904.*

Wo man das Oesophagoskop nicht zur Hand hat, soll die blutige Freilegung des Oesophagus am Halse und Lösung der Verhakung des Fremdkörpers vom Halse und von der Wunde aus ohne Eröffnung des Oesophagus erfolgen.

SEIFERT.

109) **Schmilinsky** (Hamburg). **Zwei Fälle von pharyngo-oesophagealem Pulsationsdivertikel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. Vereinsbeilage. 1904.*

1. 77jährige Frau, seit 3 Jahren mit öfterer Einführung einer Divertikelsonde in den Oesophagus behandelt. Beschwerden dadurch verschwunden, Divertikel 3 cm lang, 15 ccm Inhalt. Gegen früher keine Veränderung. Mit dem Oesophagoskop kann man den Zugang zum Oesophagus nicht sehen, man gelangt nur per Sonde hinein. 4. 54jähriger Landmann, seit 7 Jahren Schluckbeschwerden. Bei der ösophagoskopischen Untersuchung kommt man in ein Divertikel — Introitus bei 18 cm, Grund bei 24 cm, Inhalt 90 ccm —, welches Patient sich mit etwas verschlucktem Wasser ausspült, das er durch Würgbewegungen mit den Speiseresten und Schleim entleert. Beim Essen Schluckbeschwerden.

ALBANUS (ZARNIKO).

110) **H. A. Bornstein. Oesophagusdivertikel; Bestätigung der Diagnose durch X-Strahlen. (Oesophageal diverticulum; diagnosis confirmed by X ray examination.)** *N. Y. Medical Journal. October 1904.*

Verf. führte einen weichen Gummi-Katheter, der mit Schrot gefüllt war, in den Oesophagus. Bei der Durchleuchtung sah man den Katheter in Form eines U nach oben gebogen und so den Sack ausfüllend.

LEFFERTS.

111) **Bickel** (Hamburg). **Ein Divertikel des Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. Vereinsbeilage. 1904.*

Vorstellung eines 54jährigen Mannes, der durch operativen Eingriff von seinem Leiden geheilt wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

III. Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. December 1904.

P. Heymann stellt einen Patienten mit gabelförmigen Plicae pharyngo-epiglotticae vor und zeigt einen aus einer syphilitischen Nase stammenden grossen Sequester, der aus dem vorderen Theile der Keilbeinhöhle, einem Theile des Vomer und einer Alveole besteht.

E. Meyer zeigt das Präparat eines kleinapfelgrossen Fibrosarkomes der Epiglottis; der an derselben Stelle befindlich gewesene Tumor, der vor einem Jahre per vias naturales entfernt worden war, erwies sich mikroskopisch als ein Fibrom.

Börger demonstrirt das Präparat eines syphilitischen Larynx und Pharynx. Am Zungengrunde finden sich strahlige Narben, vor dem rechten Gaumenbogen zieht ein Narbenstrang zum Zungengrunde; die zu einem dicken Stumpf veränderte Epiglottis ist vorn und oben mit der Basis linguae verwachsen, die laryngeale Fläche des Kehldeckels und die Taschenbänder sind mit Wülsten besetzt, zwischen denen sich Ulcerationen befinden. Unter dem linken Stimmbande sieht man einen Narbenstrang.

Peyser: Ein seltener Fall von Cocainintoxication.

Ein 18jähr. Mädchen hatte versehentlich 1 g Cocain geschluckt. Nach einer Stunde ohnmachtähnlicher Zustand, dem $^1/_4$ Stunde später Opisthotonus und klonische Krämpfe der Extremitäten folgten. Der Mund war weit geöffnet und konnte auch gewaltsam nicht geschlossen werden, die Pupillen waren ad maximum dilatirt, die Lippen cyanotisch, der Puls frequent; wechselnde Somnolenz.

Magenausspülungen waren ohne Erfolg, dagegen hörten nach Amylnitriteinathmungen die Krämpfe und der Opisthotonus bald auf und das Bewusstsein wurde freier und kehrte nach einem heissen Bade mit kalten Uebergiessungen ganz zurück. Es bestand nur noch Gesichtsblässe, Cyanose der Lippen, Pupillenerweiterung und Frostgefühl. In der folgenden Nacht zeigte sich noch motorische Unruhe, Pulsbeschleunigung (bis 140) und Sehstörungen. Nach einigen Tagen war Pat. gesund.

Von Amylnitrit wurden im ganzen 8 g verbraucht.

Herzfeld: Ueber Meningo-Encephalitis serosa nasalen Ursprungs mit Vorstellung eines geheilten Patienten.

Der 39jähr. Pat. wurde wegen eines rechtsseitigen Stirnhöhlenempyems nach Kuhnt am 22. Juni 1903 radical operirt, die Granulationen und die sulzige Schleimhaut entfernt; Heilung Ende September. Im December klagte Pat. wieder über Kopfschmerzen und es zeigte sich eine ödematöse Infiltration der Operationsnarbe. Eröffnung der Stirnhöhlen, da die linke sich ebenfalls erkrankt zeigte. Rechts springt die Dura durch einen Defect in der hinteren Wand hervor; bei der Incision entleert sich reichlich Cerebrospinalflüssigkeit, wonach Pat. beschwerdefrei. Puls 70—80, Temperatur normal. Am 24. Dec. fällt Pat. plötzlich bewusst-

los nieder, Krämpfe besonders links, Nackenstarre, Kieferklemme, Sensibilität erloschen, Pupillen weit, reactionslos, Erbrechen, Puls 76. Temperatur 36,5. Die rechte Stirnlappengegend wird trepanirt, die Dura zeigt sich hyperämisch und vorgewölbt, bei der Incision entleert sich blutig-seröse Flüssigkeit, kein Eiter. Danach kehrte das Bewusstsein wieder und die Krämpfe schwanden. Temperatur 36,4—37. Puls um 70. Mitte Februar 1903 gesund entlassen.

Die Therapie ist also bei der Meningitis serosa durchaus nicht aussichtslos. Die Diagnose wird oft erst bei der Operation gestellt oder wenn nach der Heilung die Symptome wiederkehren. Die Lumbalpunction lässt oft im Stich. Die Defecte in der Stirnhöhlenwand sind zu fürchten als Ursache der Erkrankung, sie sind fast immer erworben durch ein Empyem. Der Process kann sich aber auch ohne Defect durch die Knochendiploe fortsetzen auf die Dura und von hier auf die weichen Hirnhäute und das Hirn.

Auch die Rhinorrhoe kann manchmal hervorgerufen sein durch Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit; als solche wird sie durch die chemische Untersuchung erkannt, die eine die Fehling'sche Lösung reducirende Zuckerart enthält.

E. Meyer erwähnt einen Fall von Meningo-Encephalitis serosa bei einem $3^1/_2$jähr. Knaben, bei dem die Ursache eine Siebbeineiterung war.

Im Anschluss an Scharlach stellte sich eine linksseitige Naseneiterung und Schwellung des linken Auges mit Protrusio bulbi ein. Man entleerte nach Incision am Auge keinen Eiter, fand nur das retrobulbäre Gewebe ödematös. 6 Tage später, 18. October 1904, allgemeine septische Erscheinungen. Nach Injection von Antistreptokokkenserum und Kochsalzinfusion Besserung und anscheinend Reconvalescenz. 4. November Erbrechen, Benommenheit, Krämpfe in der rechten Körperhälfte, links Zuckungen im Cucull. und Sternocleidom., vorübergehende Lähmung der rechten Körperhälfte, schlechtes Allgemeinbefinden.

7. November. Die reichlich Eiter secernirende Wunde am Auge wird eröffnet und von hier aus das Siebbein ausgeräumt und gleichzeitig das dabei gefundene Oberkieferhöhlenempyem operirt. Besserung des Allgemeinbefindens, aber Benommenheit und vollständige Aphasie, keine Pulsverlangsamung, kein Erbrechen, kein Opisthotonus, keine Stauungspapille. 12. November. Aphasie beginnt zu schwinden. Sensorium freier. Reconvalescenz.

Hier handelte es sich also um eine seröse Meningitis als Folge einer Siebbeineiterung: die Entzündung pflanzte sich ohne einen Defect in der Wandung fort.

Brühl hat mehrmals sehr erhebliche Zerstörungen der Hinterwand der Stirnhöhle gesehen, ohne dass meningeale Symptome auftraten.

Kuttner kann nicht recht verstehen, wie die Cerebrospinalflüssigkeit bei Hydrorrhoe aus der Kapsel austreten soll; sind aber normale Oeffnungen vorhanden, so kann es nicht zu Stauungen kommen, es müsste denn eine Verlegung der Fissur eingetreten sein.

Herzfeld. Eine Verbindung des Arachnoidalraums mit der Nase könnte auf dem Wege der Lymphgefässe zu Stande kommen. A. Rosenberg.

b) American Laryngological Association.

26. Jahresversammlung, abgehalten in Atlantic City.
2. bis 4. Juni 1904.

Der Vorsitzende J. H. Hartman (Baltimore) regt an, dem Ehrenmitglied der Gesellschaft Señor Manuel Garcia, der am 17. März seinen 99. Geburtstag feierte, ein Begrüssungstelegramm zu senden. Er giebt einen Ueberblick über die verschiedenen neuen Behandlungsmethoden für Hals- und Nasenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie und der Gersuny'schen Paraffininjectionen zur Beseitigung von Nasendeformitäten. Auch das Heufieber und seine Behandlung wird berührt. Redner plaidirt sodann für eine Erweiterung der Mitgliederliste der Gesellschaft und die Aufnahme jüngerer Elemente in dieselbe.

J. L. Goodale (Boston): Beitrag zum Studium des Secretionsmechanismus in der Nase.

Nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur lenkt G. die Aufmerksamkeit darauf, dass in der Nasenschleimhaut gewisse Vorrichtungen für die Hervorbringung des Secrets vorhanden sind, nämlich die Drüsen und die Intercellulärräume im Epithel und der dieses unten begrenzenden Basalmembran. Bisher ist noch nicht nachgewiesen worden, ob ausser den Schleimdrüsen in der Nasenschleimhaut auch seröse Drüsen sich finden; Redner bediente sich zu diesem Nachweis der neueren Methoden von Golgi und Retzius, die sich bei der Demonstration der serösen Drüsen im Larynx und Trachea sehr nützlich erwiesen haben. Es wurde gefunden, dass in normalen Fällen die Schleimhaut im respiratorischen Theil der Nase sowohl mucöse wie seröse Drüsen enthielt. Sodann wurde die Aufmerksamkeit den Veränderungen in den Drüsen und in den Canälen der Basalmembran zugewendet, die unter pathologischen Umständen, wie chronischen Entzündungen, Atrophie und Rhinitis vasomotoria auftreten. Es zeigte sich, dass bei den durch vermehrte Schleimsecretion charakterisirten Entzündungen eine erhöhte Thätigkeit in den Schleimdrüsen vorhanden war, abgesehen von den in den anderen Gewebsbestandtheilen hervorgerufenen secundären Veränderungen. Bei der Atrophie mit zähem fötidem Secret zeigte sich ein völliges Verschwinden der Canäle in der Basalmembran, während die mucösen und serösen Drüsen eine verminderte, jedoch noch deutliche Thätigkeit aufwiesen.

Bei der vasomotorischen Rhinitis ist die Zunahme des Epithels und in der Zahl und Grösse der Basalcanälchen auffallend, eine Veränderung, die ausser Verhältniss steht zu der mässigen Vermehrung in den mucösen und serösen Drüsen. Physikalische Untersuchungen in Verbindung mit histologischen Befunden machen es wahrscheinlich, dass der grösste Theil der abgesonderten Flüssigkeit von der Flüssigkeit herstammt, die durch die Basalcanälchen und die Spalten im Epithel auf die Schleimhautoberfläche gelangt.

Swain (New Haven) hat in der Gegend der mittleren Muschel eine ganz besonders grosse Menge von Schleimdrüsen gefunden; er glaubt, dass damit der reichliche Schleim zusammenhängt, der gerade in dieser Gegend gefunden wird. Hinsichtlich der in der Nase vorhandenen Flüssigkeit macht Redner darauf auf-

merksam, dass bei kaltem Wetter ein Theil derselben aus den Thränendrüsen kommt.

James E. Newcomb (New York) berichtet über den Gebrauch von Mucin bei atrophirender Rhinitis; er hat dies Mittel über ein Jahr lang mit zufriedenstellendem Erfolg gebraucht.

Goodale stimmt mit Swain darin überein, dass in der Gegend der mittleren Muschel eine grosse Zahl von Drüsen sich findet. Er wollte besonders auf die neuen histologischen Befunde die Aufmerksamkeit lenken.

Edwin Rhodes (Chicago): Bericht über einen Fall von nasaler Hydrorrhoe.

Er hält für die Differentialdiagnose zwischen nasaler und cerebrospinaler Hydrorrhoe die von St. Clair Thomson angegebene Probe für ausreichend. Die Cerebrospinalflüssigkeit kommt vermuthlich aus dem Subarachnoidalraum und findet ihren Ausweg durch die Nasenhöhle; sie sickert möglicher Weise durch die perineurale Scheide oder durch traumatische Oeffnungen in der Schädelbasis nach unten. Nasale Hydrorrhoe besteht in copiöser Absonderung wässriger Flüssigkeit von der Nasenschleimhaut, die entweder continuirlich ist oder zu gewissen Tageszeiten oder in irregulären Intervallen erscheint und bisweilen für lange Zeiten anhält. Sie kann aus beiden Seiten der Nase kommen, ist aber häufiger einseitig. Die beiden Theorien, die sich der meisten Anerkennung erfreuen, sind: Erstens, dass es sich um eine Neurose des Nervus trigeminus in der Nasenschleimhaut und zweitens, dass es sich um ein Symptom allgemeiner neurasthenischer Veranlagung handelt. Redner schliesst sich der letzteren Ansicht an; er denkt, dass bei der Exosmose der Flüssigkeit wahrscheinlich eine Reizung der Endfasern des Trigeminus in der Nasenschleimhaut vorliegt, die wohl auf einen atmosphärischen Einfluss zurückzuführen sei. Das Hauptsymptom besteht in Absonderung einer wasserhellen Flüssigkeit aus der Nase, die andern Symptome sind Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Husten, Schnupfen, nervöse Erscheinungen etc. R. berichtet sodann über einen eine 44jährige Frau betreffenden Fall; dieselbe klagte über fortwährendes Tropfen aus der rechten Nase. Sie wurde mit Pillen behandelt, die aus Zinkphosphat, Nux vomica und Chinin bestanden und ihre Nervosität günstig beeinflussten; ferner erhielt sie Brom als Schlafmittel. Die verschiedensten Mittel wurden ohne jeden Effect auf ihr Nasenleiden versucht; schliesslich wurde die Nase mit ganz dünner Argentumlösung behandelt, nachdem die Schleimhaut vorher mit 1 prom. Adrenalinlösung gepinselt war. Dies hatte zunächst heftige Kopfschmerzen zur Folge; 5 Tage später jedoch hörten die Kopfschmerzen auf und die Absonderung aus der Nase liess nach, verschwand innerhalb drei bis vier Tagen völlig und kehrte nicht wieder.

Swain glaubt, dass in dem berichteten Fall auch andere Agentien, z. B. die Elektricität denselben Effect gehabt hätten, wenn sie in genügendem Grade angewandt worden wären.

J. N. Mackenzie (Baltimore): Einige Bemerkungen zur heutigen intranasalen Chirurgie.

Der Hauptinhalt seiner Ausführungen ist ein Protest gegen viele der radi-

calen Methoden, die heute en vogue sind und die geeignet scheinen, diesen Zweig der Chirurgie in Misscredit zu bringen. Ein Grund für diesen Furor secandi sieht er in der Thatsache, dass das Naseninnere einen ziemlichen Grad von Misshandlung ohne gefährliche Reaction verträgt; das rechtfertigt aber nicht den oft eingeschlagenen Weg. M. kann einen Theil der Indicationen, nach denen heute in der Nase und in den Nebenhöhlen operirt wird, nicht anerkennen. Man hat z. B. oft geringfügigen Verbiegungen der Nasenscheidewand zu grosse Bedeutung beigelegt und bisweilen ist der Patient nach der Operation oft schlimmer daran als vorher. Wenn die Statistiken aller Operationen und nicht nur derjenigen mit günstigen Resultaten vorliegen würden, so würden wir darüber erschrecken.

Francis R. Packard: Eine Studie über tödtliche Operationen in Nase und Hals.

P. ist überrascht über die im Verhältniss zu den zahlreichen Operationen in dieser Region so geringe Anzahl von Todesfällen. Er giebt eine Uebersicht über die Fälle, die er aus der Literatur gesammelt hat: Er hat 26 Todesfälle in Folge Narkose gefunden und zwar 24 nach Chloroform, einen nach der A.C.E.-Mischung und einen nach Aether, letzterer augenscheinlich in Folge Bronchitis. Chloroform-Tod trat besonders häufig bei solchen Patienten auf, die den Status lymphaticus darboten. Andere Todesfälle hat er 22 auffinden können. 14 davon kommen auf Blutungen nach Tonsillotomie und Adenoidoperation; andere vertheilen sich auf Meningitis nach Anwendung von Ferrum-sesquichlorid bei Nasenbluten, nach Operation von Aussen wegen Nasenpolypen und Orbitaltumor, nach Galvanocaustik der mittleren Muschel, nach Sondirung und Einspritzung in den Thränencanal, nach Entfernung einer Exostose und ein Todesfall an Sepsis nach Tonsillotomie.

Alexander W. Mac Coy (Philadelphia): Beobachtungen über den therapeutischen Werth der medicinischen Salben bei gewissen Affectionen der Nasenhöhlen.

Redner kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Trotz der heute bestehenden Neigung zur operativen Behandlung der Nasenkrankheiten darf die rationelle Anwendung von Medicamenten nicht vernachlässigt werden; 2. die constante Anwendung der Nasenspülungen ist nicht gefahrlos; 3. der Gebrauch von Salben, die bequem anwendbar sind, ist von jenen Gefahren frei.

Swain glaubt, dass die acuten Affectionen der Nase ein geeignetes Feld für die Anwendung von Salbenpräparaten darstellen. Er hat bisweilen gesehen, dass, wenn gleichzeitig eine Hydrarg. oxydat. flavum-Salbe verschrieben war und der Patient Jodkali nahm, eine sehr unangenehme Reaction die Folge war.

J. Solis-Cohen (Philadelphia) räth zur Anwendung eines Salbenträgers, der durch die Nase hindurch geführt wird, bis er die hintere Pharynxwand erreicht; beim Zurückziehen kommt die ganze Nasenschleimhaut mit der Salbe in Berührung.

W. L. Simpson (New-York) bemerkt, dass er Schwierigkeiten darin gefunden hat, die Salben in genügender Festigkeit anzuwenden; wenn sich diese Schwierigkeit heben lasse, so sei die Salbenbehandlung eine ideale Form der Therapie.

Hudson Makuen (Philadelphia) macht auf die Gefahren der Salbenbehandlung aufmerksam. Er kennt einen Patienten, der sich seit 10 Jahren so daran gewöhnt hat, jeden Abend vor dem Schlafengehen Vaseline in seine Nase zu appliciren, dass er nicht im Stande ist, diese Gewohnheit aufzugeben.

Mac Coy räth, die Salbenapplication so zu machen, dass man die Enden von dünnen Holzstäbchen mit Watte umwickelt und diese in die Salbe taucht. Die Stäbchen können nach jedem Gebrauche fortgeworfen werden. Die Menge oder Consistenz der Salbe ist irrelevant; nur darf sie nicht scharf sein, um die Schleimhaut nicht zu reizen.

Clement F. Theisen (Albany): Aetiologie und Diagnose der Ozaena und ihre Beziehungen zur Lungentuberculose.

1. Sinuserkrankungen sind wahrscheinlich in einem gewissen Procentsatz der Fälle die Ursache für Ozaena oder müssen zum Mindesten als prädisponirende Ursache für diese betrachtet werden. 2. Eitrige Processe in den Nebenhöhlen sind, wie die Beobachtungen von Pearce zeigen, häufig bei gewissen infectiösen Krankheiten des Kindesalters vorhanden, besonders bei Scharlach, Masern und Diphtherie und in Folge dessen müssen diese Infectionskrankheiten als ein zum Mindesten möglicher ätiologischer Factor betrachtet werden. 3. Wenn auch eine gewisse Zahl von Ozaenafällen auf Sinuserkrankungen zurückzuführen ist, so genügt das doch nicht, um die Pathogenese des ganzen Krankheitsbildes der Ozaena zu erklären. 4. Die grosse Anzahl von Ozaenakranken, die an Lungentuberculose leiden, weist darauf hin, dass die Nasenerkrankung ein wesentlicher prädisponirender Factor für die Tuberculose ist.

J. Goodale (Boston) bemerkt, dass mannigfache Zustände als Ozaena bezeichnet werden, dass die Therapie aber in praxi stets dieselbe ist.

Thomas J. Harris (New York) hat bei 19 Fällen von genuiner Ozaena zweimal einseitiges Antrumempyem und einmal Siebbeineiterung gefunden. Sonst konnte er keine Complication seitens der Nebenhöhlen nachweisen. Was die Beziehung zwischen Ozaena und Tuberculose betrifft, so fand er unter 12 Patienten nur einen Tuberculösen; dieser hatte, als er wegen seiner Ozaena in Behandlung kam, bereits eine Kehlkopftuberculose. Hamilton fand bei 100 Fällen von Tuberculose nur eine Ozaena; dagegen fand er in 50 Fällen von Ozaena den Tuberkelbacillus. Unter 170 Fällen von Ozaena hat Harris nur 6 Tuberculöse gefunden. Er macht auf den Widerspruch zwischen den Statistiken von Hamilton und Theisen aufmerksam.

Cornelius G. Coakley (New York) hält es seiner Erfahrung nach für ein sehr seltenes Vorkommniss, wenn typische Nebenhöhlenerkrankungen bei dem als Ozaena bezeichneten Zustand gefunden werden. Er hält den Jackson'schen Durchleuchtungsapparat für in praxi werthlos. Er verwirft die Anwendung starker antiseptischer Lösungen, da er gefunden hat, dass einfache adstringirende Flüssigkeiten gute Resultate geben.

Emil Mayer (New York) kommt auf die Pearce'sche Statistik betreffs Empyem bei Kindern zurück. Er bezieht sich auch auf 8 Fälle eigner Beobachtung,

die ihm die Vermuthung nahe legen, dass Empyem bei kleinen Kindern in ätiologischer Beziehung zur Ozaena stehe.

Payson Clark (Boston) hat 100 Fälle von Kehlkopftuberculose mit besonderer Berücksichtigung des Nasenbefundes untersucht und hat sie mit 100 anderen Fällen verglichen, die wegen anderer Beschwerden die Klinik aufsuchten und war betroffen von der grossen Zahl von Fällen mit Ozaena und atrophischer Rhinitis unter den Patienten mit Larynxtuberculose im Vergleich zu denen ohne Larynxtuberculose.

James E. Newcomb (New York) hat 70 Fälle von Tuberculose untersucht, ohne darunter einmal Ozaena zu finden; jedoch waren darunter 7 oder 8 Fälle mit Atrophie ohne Foetor.

H. L. Swain (New Haven) hat Nebenhöhlenerkrankungen bei Ozaena nicht häufiger gefunden, als sonst. Er betrachtet es aber für sehr einleuchtend, dass Tuberculose bei Ozaena häufig vorkommt, da hierbei alle Bedingungen für das Wachsthum aller Arten von Bacillen gegeben sind.

Thomas Hubbard (Toledo) betrachtet das gleichzeitige Vorkommen von Ozaena und Tuberculose als einen Zufall. Er glaubt, dass die Temperaturverhältnisse bei Schwindsüchtigen zu einer Eintrocknung der Schleimhaut und zur Hervorbringung eines leicht atrophischen Zustandes führen können, dessen Verwechselung mit Ozaena nahe liegt.

William Lincoln (Cleveland) berichtet über drei Fälle, in denen im Anschluss an eine Operation eine starke Beeinträchtigung der allgemeinen Gesundheit und eine anscheinende Ozaena auftrat. Diese verschwand jedoch wieder, als sich der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten besserte. L. ist der Meinung, dass jede consumirende Krankheit einen ozaenaartigen Zustand zur Folge haben kann.

H. E. Casselberry (Chicago) giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass man in Bezug auf das vorliegende Thema nicht eher zu einem befriedigenden Ergebniss gelangen wird, bis der Begriff der Ozaena entweder bei Seite gelassen oder besser definirt sei.

Walter F. Chappell (New-York): Vier ungewöhnliche Nasenrachengeschwülste.

Alle diese Tumoren sind bemerkenswerth wegen ihrer Grösse, der eine auch wegen seines Characters und Ursprungs. Die eine Geschwulst war ein grosser, in den Nasenrachen hineinragender Polyp: in zwei andern Fällen handelte es sich um sehr grosse Rachenmandeln, die den ganzen Nasenrachen ausfüllten und sich nach unten in den Pharynx ausdehnten; die vierte Geschwulst war ein grosser gestielter Tumor, der nahe der Tuba Eustachii seinen Ursprung nahm.

Jonathan Wright stellte fest, „dass es sich im Wesentlichen um nichts Anderes handelte, als um eine enorme sogenannte himbeerartige Hyperplasie, wie man sie häufig am hinteren Ende der unteren Muschel sieht. Sehr bemerkenswerth war in diesem Fall das Vorkommen von Lymphknoten". Die Operation vom Munde aus war in allen Fällen einfach.

Emil Mayer berichtet über einen Fall von ungewöhnlicher Nasenrachengeschwulst bei einem 32jährigen Manne, der sehr geringfügige Symptome aufwies, bei dem sich aber ein in den Nasenrachen hineinreichender Pharynxtumor fand. Er wurde entfernt und erwies sich als ein reiner Nasenpolyp.

James E. Newcomb (New-York) erwähnt den Fall eines Patienten, der 6 Jahre lang nicht durch die Nase athmen konnte. An Stelle des vermutheten Nasenrachenfibroms fanden sich nur einige kleine Bindegewebsstränge.

Henry L. Swain (New Haven): Gesichtsasymetrie als Ursache von Deformitäten der Nasenscheidewand.

Die Mittheilung ist das Ergebniss 3 Jahre lang währender Untersuchungen an den Schädeln der Marsh-Sammlung im Peabodymuseum der Yale University. Sie wurden ursprünglich unternommen, um die Ursache für die so häufige excessive Wölbung des Gaumens festzustellen. Es wurden Vergleiche zwischen kindlichen und erwachsenen Hawaiern, zwischen kindlichen und erwachsenen Flachkopf-Indianern angestellt, auch die Frage der Erblichkeit ausführlich berücksichtigt.

Thomas Hubbard (Toledo) berichtet über gelegentliche Beobachtungen, die er bei einer Familie gemacht hat. Die Eltern hatten völlig normale Alveolarkrümmung, bei 3 von den 8 Kindern war diese deformirt. Bei einem Kind war diese Deformität sehr ausgesprochen, der Gaumen hoch, der Alveolarbogen unterbrochen, so dass die Zähne unregelmässig standen; in diesem Fall war ein Schneidezahn so durch den Gaumen durchgebrochen, dass er beinahe in der Mittellinie der Mundhöhle stand. In der dritten Generation hatte ein Kind in unregelmässigen Zwischenräumen stehende Zähne. Redner will an diesen Fällen die Rolle der Erblichkeit zeigen.

John O. Roe (Rochester) betont das Compensationsgesetz. Er berichtet über Fälle, in denen adenoide Vegetationen die Ursache für eine Septumverbiegung abgegen.

A. Coolidge jr. (Boston) erinnert an die Fälle, die auf der Versammlung in New Haven berichtet wurden, in denen es sich um congenitalen, knöchernen Choanalverschluss handelt. In diesen Fällen war keine Neigung zu hohem Gaumengewölbe oder Septumverbiegung vorhanden. C. ist der Meinung, dass, wenn selbst so completer Nasenverschluss kein hohes Gaumengewölbe verursacht, adenoide Vegetationen dies wahrscheinlich noch weniger thun.

Thomas Hubbard (Toledo): Intratrachealinjectionen.

H. nimmt die Priorität für diese Methode für Botey in Anspruch, der im Jahre 1890 zuerst über klinische Fälle vor der Académie des sciences in Paris berichtete. Im Allgemeinen war die Methode jedoch nicht von den Laryngologen für die Praxis adoptirt worden. H. glaubt, dass man nur durch Vertrautheit mit der Methode dazu gelangen könne, ihre Ueberlegenheit über andere gebräuchliche anzuerkennen. Der Zweck besteht zunächst darin, die Secretion anzuregen und die Zersetzung und Fäulniss angesammelten Secrets zu verhindern. Die Trachealinjectionen bilden ein sehr werthvolles Adjuvans bei der Allgemeinbehandlung des Bronchialasthma. Das geeignetste Instrument ist eine Spritze mit langgebogener

Kehlkopfcanüle. In der Mehrzahl der Fälle erweist sich die Trachealmedication als nützlich, sowohl bei Bronchitis wie Laryngitis.

J. W. Gleitsman (New York) hat in einem Fall völlige Wiederherstellung, in einem andern wenigstens während der Dauer der Behandlung Aufhören aller Beschwerden erzielt. Er betont die Nothwendigkeit, die Spritze unter Leitung des Spiegels einzuführen. Er bevorzugt für die Einspritzungen Camphor und hat damit gute Resultate erzielt.

W. K. Simpson (New-York) hält den localen und allgemeinen Effect der Intratrachealinjectionen bei Bronchial- und Lungenleiden für höchst werthvoll. Jedoch ist eine gewisse Routine in der Technik nothwendig. Er erwähnt den Fall eines Mannes, in dem nach Anwendung der Trachealspritze eine Pneumonie auftrat.

Emil Mayer (New York) äussert, dass nicht genügend Gewicht auf die Temperatur der injicirten Flüssigkeit gelegt werde; sie solle Körpertemperatur haben.

G. Hudson Makuen (Philadelphia) hat sich mit Vortheil einer von Dr. Freer (Chicago) angegebenen Spritze bedient.

Goodall (Boston) wendet besonders in Fällen, in denen die Einspritzungen häufig gemacht werden, vorher kein Cocain an. Er bedient sich einer Lösung von Eucain β in etwas Adrenalin.

Hubbard hält die Frage der Anästhesirung des Larynx für belanglos, da man vermeiden könne, die Epiglottis mit der Spritze zu berühren. Er erachtet es nicht für nöthig, dass die Flüssigkeit von Körpertemperatur sei, sondern erachtet es für genügend, wenn sie Zimmerwärme hat.

Clarence C. Rice: Die compensatorische Thätigkeit gewisser Kehlkopfmuskeln in Fällen von Stimmstörung.

R. kommt zu dem Ergebniss, dass wie überall im Körper so auch im Kehlkopf die Einrichtung besteht, dass eine Muskelgruppe compensatorisch für die andere eintritt; hier können die Verhältnisse mit dem Kehlkopfspiegel ganz besonders gut studirt werden. Die schwächeren Kehlkopfmuskeln werden sehr leicht ermüdet in Folge Ueberarbeitung oder zu schneller Thätigkeit und dann treten sofort die stärkeren für sie ein. So interessant diese compensatorische Thätigkeit vom physiologischen Standpunkte aus ist, so hat sie für das Singen keine praktische Bedeutung.

Hudson Makuen (Philadelphia) sagt, dass die Schwierigkeit bei der Diagnose von fehlerhafter Kehlkopfaction in der Thatsache liegt, dass das Laryngoskop nicht gestattet, die Thätigkeit der Muskeln beim Singen zu sehen. Er lenkt dann die Aufmerksamkeit auf den Training der äusseren Kehlkopfmuskeln.

Rice: Schlusswort.

Emil Mayer: Der weitere Verlauf eines Falles von post-typhöser Perichondritis, der im Mai 1903 der Gesellschaft berichtet wurde. Zu dieser Zeit trug der Patient eine Intubationstube, die in den Kehlkopf eingeführt war, nachdem vorher wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie hatte gemacht werden müssen. Mit der Tube in situ hatte Patient eine Reise nach Europa gemacht; nach viermonat-

lichem Tragen der Tube wurde diese entfernt. Einige Tage später stellte sich etwas Dyspnoe ein und eine dünne Tube wurde eingeführt und eine Woche lang liegen gelassen. Seitdem sind neun Monate ohne Dyspnoe vergangen, es bestehen keinerlei Beschwerden, die Stimme ist völlig wiedergekehrt. Redner meint, es sei dies der erste derartige mittelst Intubation geheilte Fall.

W. K. Simpson (New York) hofft, bei der nächsten Versammlung einen solchen Fall vorstellen zu können. Er räth, Hartgummituben den Metalltuben in solchen Fällen vorzuziehen, da erstere sich weniger leicht durch Schleim verstopfen.

A. W. de Roaldes (New Orleans) spricht von der Gefahr, die darin besteht, eine Tube zu tragen; er erwähnt einen Patienten, der mehrere Jahre eine O'Dwyer'sche Tube trug, die nur monatlich einmal zum Reinigen entfernt wurde. Die grösste Gefahr bestand in der Schleimansammlung in der Tube. Schliesslich musste die Tracheotomie gemacht werden und Patient trägt jetzt eine Canüle und fühlt sich sehr wohl dabei.

Mayer betont, dass, wenn vorher die Tracheotomie gemacht worden ist, die Gefahr des Tubustragens lange nicht so gross ist. Er sieht die Hauptgefahr im Collabiren der Kehlkopfwände, wenn die Tube entfernt wird.

Zweiter Tag. 3. Juni.

Diskussion über Neurosen der oberen Luftwege mit Ausnahme der durch Diphtherie und organische Erkrankungen entstandenen.

Hudson Makuen: Neurosen der Nase.

M. theilt die Neurosen in sensorische und reflectorische. Er giebt eine ausführliche Schilderung von ihnen und äussert sich über die Reflexneurosen ziemlich skeptisch, hat aber doch die Empfindung, dass es zweifellose Fälle giebt, die auf eine Reizung von Seiten der Nase zurückzuführen seien. Nachdem Redner von dem gewöhnlich beschriebenen Reflexbogen gehandelt hat, sagt er, „dass ein pathologischer Reflex stets eins von zwei Dingen voraussetzt: entweder eine Störung an einer Stelle des Reflexbogens oder irgend welche ungewöhnliche periphere Reizung; eine Störung im Reflexbogen bringe das Nervensystem in einen als Hysterie oder Neurasthenie bezeichneten labilen Zustand". Als die wichtigsten von der Nase ausgehenden Reflexerscheinungen bezeichnet M. Husten und Asthma, daneben Niessen, Glottisspasmen.

Hopkins (Springfield): Neurosen des Pharynx.

H. spricht über Sensibilitätsstörungen, Neuralgie, Reflexneurosen, spastische Störungen, Gefässneurosen, ferner über Anästhesie, Hyperästhesie und Parästhesie. Er erwähnt den von Lambert Lack beschriebenen Fall von Chorea pharyngis. Alle Patienten mit diesen Neurosen sind Neurastheniker; Hauptgewicht muss auf Allgemeinbehandlung gelegt werden.

Emil Mayer (New York): Kehlkopfneurosen.

Beim Durchblättern der 25 Jahrgänge der Verhandlungen der American Laryngological Association hat M. in den ersten 15 Bänden jährlich 3—4 Aufsätze über dies Thema gefunden, während in den letzten 10 Jahren viele Bände ohne

jeden Beitrag zu dieser Frage erschienen sind. Das zeigt, wie sich das Interesse von dem Gegenstand abgewandt hat. M. berührt kurz die verschiedenen Sensibilitätsstörungen, wie Hyperästhesie und Anästhesie und geht zunächst näher auf die Spasmen des Larynx ein: Laryngismus stridulus, congenitaler Stridor, Spasmus glottidis, Chorea laryngis, Kehlkopfnystagmus, Dysphonia spastica. Bezüglich des congenitalen Stridors der Kinder neigt M. zu der Ansicht von Thompson und Logan Turner, dass es sich um eine Neurose handelt. Dann bespricht Redner das Stottern, Kehlkopfneuralgien, dann Status lymphaticus und plötzliche Todesfälle. Bezüglich des letzteren Punktes sagt er, dass sein Verständniss wohl auch die plötzlichen Todesfälle bei Adenoidoperationen aufklären würde. Unter den motorischen Lähmungen erwähnt er einige Fälle mit merkwürdiger Aetiologie, z. B. Paralyse in Folge pericardialen Exsudats, Mitralstenose, postoperative Paralyse (Entfernung eines Angiofibroms am Kieferwinkel, Laryngofissur wegen Papillom) und solche nach Trauma durch Schusswunden. Schliesslich wird die Behandlung der functionellen und hysterischen Aphonie besprochen.

Bryan (Washington) berichtet über 2 Fälle von Anosmie. Bezüglich des Laryngismus stridulus glaubt er, dass es sich um eine Neurose und gleichzeitige mechanische Ursachen handele.

Theisen (Albany) berichtet über 3 Fälle von Thymustod, die kürzlich im Kinderhospital in Albany beobachtet wurden. Die Kinder wurden, nachdem sie am Abend noch munter gewesen, am Morgen todt im Bette gefunden. Eins der Kinder hatte Anfälle von Laryngismus stridulus gehabt.

J. W. Farlow (Boston) betrachtet als die unangenehmsten Fälle die von Neurose der Nase mit Vergrösserung der mittleren Muschel, Thränenfluss und Schwellung an den Augen. Er räth für diese Fälle Abhärtung der Haut und Hydrotherapie. Er erwähnt, dass Patienten, die an Spasmus glottidis leiden, oft Furcht haben, ordentliche Bissen zu essen, weil sie glauben, dass dadurch ein Anfall entsteht; es ist aber besser, dass sie Portionen von normaler Grösse schlucken, als wenn die Muskeln um einen kleinen Bissen sich contrahiren müssen. Er macht ferner auf die Fälle aufmerksam, in denen die wahren und falschen Stimmbänder bei jedem Sprechversuch derart aneinander gepresst werden, dass die Patienten fast unverständlich bleiben.

John O. Roe (Rochester) erwähnt kleine Polypen als Ursache von Migräne und Kopfschmerz. Er erwähnt 2 Fälle von Kindern, die an Chorea litten und bei denen diese nach Entfernung hyperplastischer Tonsillen und adenoider Vegetationen verschwand.

J. W. Gleitsman (New York) berichtet über einen Fall von nervösem Husten, der durch eine Seereise geheilt wurde. Nach seiner Erfahrung ist die Heilung von Asthma durch Entfernung von Nasenpolypen keineswegs selten.

Thomas Hubbard (Toledo) hat einen Fall, der gerichtsärztliches Interesse hatte, beobachtet. Er wurde in diesem Falle, in dem durch Sturz von einer Strassenbahn und Fall auf den Hinterkopf eine Verletzung des Bulbus olfactorius verursacht wurde, als Sachverständiger vernommen. Beim Laryngismus stridulus soll man mit der Prognose vorsichtig sein, da häufig der Tod eintritt, wenn man

am wenigsten darauf gefasst ist. In einem Falle von congenitalem Stridor trat Besserung nach Resection der Spitze der Uvula ein.

Thomas J. Harris (New York) berichtet über den Fall einer Krankenpflegerin, bei der Anfälle von Spasmus glottidis als Folge einer starken Beeinträchtigung ihrer allgemeinen Gesundheit auftraten. Die Anfälle kamen gewöhnlich mitten in der Nacht. Am erfolgreichsten zeigte sich der Gebrauch von Bromkali.

S. H. Langmaid (Boston) berichtet über den Fall eines jungen Mädchens, bei der ein nervöser Husten durch Suggestionstherapie zum Verschwinden gebracht wurde.

William Lincoln (Cleveland) erwähnt einen Fall von Chorea, die durch Entfernung einer Lymphgeschwulst aus dem Pharynx hervorgerufen wurde.

W. K. Simpson (New York) erzählt einen Fall, in dem ein Laryngologe einem Kinde, dem er die Mandel amputirte auch gleichzeitig ohne Einwilligung der Eltern die ganze Uvula, die er für zu lang hielt, fortnahm. Es entwickelte sich eine schwere allgemeine Hysterie mit Unfähigkeit zu gehen. S. ist der Meinung, dass wenn die Eltern den Arzt verklagt hätten, sie den Process gewonnen hätten.

W. F. Chappell (New York) hat in zwei Fällen, in denen während der prämenstrualen Zeit intermittirende Anfälle von Laryngitis und gelegentlich Nasenverstopfung mit Niessen auftraten, Heilung durch Hydrotherapie erzielt.

Clarence C. Rice (New York) glaubt, dass die Grösse des Rachens einen gewissen Einfluss auf den Zustand des Kehlkopfes hat.

Hudson Makuen lässt im Schlusswort die Hydrotherapie bei nasalen Neurosen nur als Mittel gegen die peripheren Erscheinungen gelten. Er erwähnt ferner einen Fall, in dem Asthma und Husten nach Cautérisation einer verdickten Schleimhautstelle an der hinteren Rachenwand verschwanden; ferner einen Fall, in dem Larynxschwindel durch Amputation der verlängerten Uvula beseitigt wurde.

Emil Mayer macht darauf aufmerksam, dass Schwindel oft mit Nasenneurosen vergesellschaftet ist. Reflexhusten ist nicht so selten und wird oft durch Behandlung der Zungentonsille oder Curettage der hinteren Rachenwand geheilt. In Bezug auf die Aetiologie des congenitalen Stridors stimmt M. mit den meisten Pädiatern überein, dass es sich in erster Linie um eine Neurose handle.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus und den Bronchien mit Hülfe des Killian'schen Oesophagoskops und Bronchoskops.

Der erste Fall betraf ein $2^1/_2$jähriges Kind, das eine Schmucknadel verschluckt hatte; mittels der Radioskopie sah man den Fremdkörper im Oesophagus. Sechs Tage, nachdem der Fremdkörper verschluckt worden war, sah J. zum ersten Male das Kind, das während dieser Zeit sehr an Uebelkeit gelitten hatte und keine feste Speise zu sich genommen hatte. Unter Chloroformnarkose wurde das Killian'sche Oesophagoskop eingeführt; in den Falten der Oesophaguswand entdeckte man die Nadel dicht unter dem Tubus. Es war unmöglich, den Fremdkörper wegen seiner Grösse durch die Tube zu exstrahiren und so wurden beide, Fremdkörper und Tube, zusammen herausgezogen. Im zweiten Fall hatte ein

17jähriges Mädchen eine Nadel mit Glaskopf 11 Monate vorher aspirirt, bis auf geringen Husten einige Tage nach dem Unfall waren keine besonderen Symptome aufgetreten. Der Husten wurde jedoch allmälig schlimmer, zeitweise konnten die Bewegungen des Fremdkörpers in den Luftwegen gefühlt werden und einmal gerieth er beim Husten nach oben zum Kehlkopf und verursachte einen starken Anfall von Spasmus. Besonders beim Liegen war die Patientin sehr kurzathmig. Grosse Mengen Sputum, bisweilen mit Blut gemischt, wurden expectorirt. Röntgenstrahlen wurden dreimal angewandt, es war aber nichts damit zu sehen. Auch bei Eröffnung der Trachea hatte man keinen Fremdkörper gefunden; man liess erst die Wunde wieder zuheilen. Als die Patientin in Redners Behandlung kam, hustete sie viel und warf grosse Mengen schleimig-eitrigen Sputums aus. Der Radiograph zeigte den Fremdkörper in einer Linie zwischen der II. und III. Rippe vorn und dem V. und VI. Intercostalraums hinten und $3-4^1/_2$ cm nach rechts von der Mittellinie. Unter Chloroformnarkose wurde die Nadel unter grossen Schwierigkeiten durch das Bronchoskop extrahirt. Völlige Heilung.

Edwin Rhodes (Chicago) berichtet über Extraction einer Nadel durch die Trachealöffnung.

W. K. Simpson (New-York) berichtet über einen Fall, in dem eine Nadel mittels des Oesophagoskops im Oesophagus mit der Spitze nach oben liegend gesehen wurde. In der Nacht drehte sie sich und konnte dann unter Narkose extrahirt werden.

John O. Roe (Rochester) hat mittels einer besonderen Zange, die er angegeben, ein 25 Centstück aus dem Oesophagus eines 8jährigen Kindes entfernt.

A. Coolidge jr. (Boston): Fremdkörper im Bronchus.

C. berichtet über 4 Fälle. In 3 Fällen war die Tracheotomie gemacht worden, im vierten wurde der Fremdkörper mittels des Killian'schen Bronchoskops entfernt. Im ersten Fall war einem Mann eine Silbermünze in die Trachea gerathen. Mittels tiefer Tracheotomie gelang die Extraction nicht. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper rechts von der Mittellinie an der 5 Costovertebral-Articulation. Ohne Narkose wurde bei Rückenlage des Patienten ein gerades Speculum bis zur Bifurcation durch die Trachealöffnung eingeführt. Man sah den Fremdkörper im rechten Bronchus und entfernte ihn mittels Zange. Im zweiten Fall war ein 22 Monate altes Kind 12 Tage bevor C. es sah, cyanotisch aufgefunden worden; Auscultation und Percussion ergab nichts. Es bestand gelegentlicher spastischer Husten. Es wurde eine Nadel aus dem rechten Bronchus entfernt. Im dritten Fall war eine Nadel von einer Frau aspirirt worden. Die Untersuchung ergab, dass der Fremdkörper im Bronchus sass.

Am folgenden Tage wurde die Trachea mit Cocain besprayt und ein kurzer Tubus durch die Wunde eingeführt. Man sah die Nadel hoch oben im linken Bronchus und konnte sie leicht entfernen. Der vierte Fall betraf einen 8jährigen Knaben, der behauptete, einen Nagel verschluckt zu haben. Man glaubte ihm zuerst nicht; einige Tage später entwickelte sich eine rechtsseitige Bronchitis. Roentgenstrahlen-Untersuchung zeigte den Fremdkörper im rechten Bronchus. In Aethernarkose wurde die Bronchoskopie ausgeführt und man sah den Nagel aus

dem rechten Bronchus in die Trachea hineinragen, in deren Wand seine Spitze eingebettet lag. Bei Berührung des Nagels entstand etwas Husten und Blutung. Nach 2 oder 3 Versuchen gelang es, die Nadel mit der Tube durch die Glottis hindurchzuziehen. C. hält die Einführung des Killian'schen Instruments beim Lebenden für erheblich leichter als am Cadaver.

Bryson Delavan (New-York): Die gegenwärtigen Methoden für die Behandlung bösartiger Kehlkopfkrankheiten.

Redner hält die Roentgenstrahlen in vorgeschrittenen, also nicht mehr operablen Fällen für ein gutes Mittel, um dem Patienten zeitweise Erleichterung von den hauptsächlichsten Beschwerden zu verschaffen. Das einzige Mittel, um Heilung herbeizuführen, besteht in frühzeitiger Operation. Er empfiehlt für Fälle, die früh in Behandlung kommen, Thyreotomie und partielle Exstirpation, wenn die Affection noch nicht ausgedehnt und scharf begrenzt ist; in den vorgeschrittenen Fällen kommt die Totalexstirpation in Frage. Er hält eine Tracheotomie vor der Hauptoperation bisweilen für rathsam. Er betont die Nothwendigkeit der frühzeitigen Diagnose sowie, dass Operateur und Pflegerin ganz besonders für diese Fälle geübt sein müssen. Die Probeexcision zur mikroskopischen Untersuchung verwirft D., weil dadurch angeblich ein Reiz zu schnellerem Wachsthum auf die Geschwulst ausgeübt wird.

Fletcher Ingals (Chicago) berichtet über zwei Fälle, in denen zuerst die Tracheotomie und dann totale Larynxexstirpation vorgenommen wurde. Beide Patienten machen eine ungestörte Heilung durch und sprechen ziemlich gut.

H. L. Swain (New Haven) hat einen Fall, der einen Prediger betraf, bei dem die Laryngectomie vorgenommen war, gesehen, in dem der Patient sogar im Stande war, zeitweise zu predigen. Er erinnert ferner an den von Chappell bei der letzten Versammlung vorgestellten Fall, der jetzt 3 Jahr und 2 Monate seit der Operation ohne Recidiv ist.

John N. Mackenzie (Baltimore) berichtet über eine Frau mit papillomatösem Tumor des weichen Gaumens und der hinteren Pharynxwand. Der Fall war inoperabel. Patientin wurde von Dr. Puseg in Chicago mit Röntgenstrahlen behandelt und zwar in Bezug auf die Pharynxgeschwulst mit Erfolg; jedoch breitete sich von der seitlichen Pharynxwand die Erkrankung nach unten auf den Kehlkopf fort.

H. K. Simpson (New York) behauptet, ein Durchschnittschirurg sei nicht im Stande, die Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen Carcinom auszuführen. Er macht besonders auf den Mangel an Technik auch bei guten Operateuren aufmerksam und citirt einen tödtlichen Fall, in dem der unglückliche Ausgang auf mangelhafte postoperative Behandlung zurückgeführt werden musste.

William Lincoln (Cleveland) hält es für richtiger, eine Operation zu wagen, bevor die Bösartigkeit der Neubildung sicher fest steht, als damit zu warten. Was die Röntgenstrahlen anbelangt, so hat L. einen Fall gesehen, in dem sie gar nichts geholfen haben. Er erwähnt auch die im letzten Jahr von ihm berichteten 7 Fälle, die Dr. Crile operirt hatte. Die Operation geschah nicht mit der sicheren Aussicht auf Heilung, sondern in der Hoffnung, die Beschwerden der

Patienten zu lindern. Dieser Zweck wurde auch in 6 Fällen erreicht; im siebenten wurde völlige Heilung erzielt.

Delavan sagt im Schlusswort, dass je oberflächlicher die Geschwulst ist, desto mehr Aussicht vorhanden ist, dass die Röntgenstrahlen Erleichterung bringen. Diese Behandlungsmethode ist ihnen in unoperirten Fällen von grossem Nutzen gewesen. D. betont die Gefahr der Probeexcision; er berichtet über 2 Fälle mit tödtlichem Ausgang nach der letzten und über einen nach partieller Laryngectomie. In beiden Fällen giebt er dem Operateur Schuld an dem Ausgang.

Samuel H. Langmaid (Boston): Wirkung des Tabaks auf den Hals.

Redner ist der Ansicht, dass bei der Wirkung des Rauchens auf die Halsschleimhaut das Klima eine grosse Rolle spielt. Die in den Hals gelangenden Mengen Nikotin sind sehr geringfügig im Vergleich zu der Menge des Kohlenoxydgases, die Symptome bei Rauchern sind zum grössten Theil auf die Resorption dieses Gases zurückzuführen. Ausser der schädlichen Wirkung des Rauchens als ein directes Irritans kommt noch in Betracht, dass durch die Giftwirkung auf das Nervensystem vasomotorische Störungen auf der Pharynxschleimhaut hervorgerufen werden.

Swain (New Haven) berichtet über den Fall einer jungen Frau, bei der infolge von Rauchen sich Beschwerden im Halse mit Beeinträchtigung der Nachtruhe eingestellt hatten.

J. W. Farlow glaubt, dass ein bis zwei Cigarren täglich unmittelbar nach der Hauptmahlzeit unschädlich sind. Der Mund soll nach dem Rauchen stets mit kaltem Wasser ausgespült werden.

Langmaid constatirt, dass viele der besten Sänger Raucher sind und dass das Rauchen weniger Einfluss auf die tiefen, als auf die hohen Töne hat.

James E. Newcomb (New York): Knochen und Knorpel in der Tonsille.

Vor 2 Jahren hat N. einen Fall in seiner Praxis gesehen, der eine 40jährige Frau mit vergrösserten Tonsillen betraf. Bei der Tonsillotomie schnitt das Instrument durch einen harten Körper, der sich nachher als die Spitze des Processus styloideus erwies. Die Patientin hatte keinerlei Beschwerden davon gehabt. Zwei Theorien bestehen über die Knorpelbefunde in den Tonsillen: Nach der einen handelt es sich um Reste des zweiten Branchialbogens; sie werden als Enchondrome betrachtet. Nach der anderen Theorie liegt hier eine knorpelige Umwandlung von Bindegewebe vor. Welche Theorie die richtige ist, lässt sich schwer entscheiden.

Cornelius G. Coakley (New York) constatirt, dass er bei seinen Untersuchungen über Branchialcysten überrascht war, häufig Knorpel und Knochen in diesen Cysten zu finden. Er hat auch bisweilen Knochen an der Vorderfläche des hinteren Gaumenbogens und im Zellgewebe unter der seitlichen Pharynxwand gefunden.

John O. Roe (Rochester) berichtet, dass er in einem Fall bei Entfernung

der Tonsille auf eine sehr harte Substanz kam. Es handelte sich um die Spitze des Processus styloideus.

Dritter Tag. 4. Juni.

Charles H. Knight: Ein angeblicher Fall von Stimmbandknötchen; Kehlkopfepitheliom; Thyreotomie; Tod.

Im Jahre 1902 wurde der Fall von mehreren Laryngologen untersucht. Einer von ihnen entfernte ein Stückchen mit der kalten Schlinge und bezeichnete als Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung. „Papillom des Kehlkopfs; Tendenz zur Malignität". Im December 1902 wurde, da eine erhebliche Reaction sich eingestellt hatte, die Thyreotomie gemacht, und man fand eine ausgedehnte Infiltration. Einige Minuten nach der Operation setzte sich Patient im Bett auf, schnappte nach Luft, wurde cyanotisch und starb plötzlich. Redner lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf das Aufflammen des Processes nach der durch die Probeexcision gesetzten Reizung, ferner auf die Frage nach der Beziehung zwischen mikroskopischem Befund und klinischer Geschichte, sodann auf die Möglichkeit einer Umwandlung gutartiger Geschwülste in bösartige.

F. A. Blois: Subglottische tuberculöse Veränderungen im Larynx.

In zwei Fällen des Redners war an der vorderen Larynxwand dicht unter den Stimmlippen eine Veränderung, die zuerst völlig wie ein Abscess aussah und später zu einem Ulcus wurde. In beiden Fällen, die zu Grunde gingen, war eine vorgeschrittene Lungentuberculose vorhanden.

John W. Farlow: Zwei Fälle von Pemphigus der Mundhöhle.

In beiden Fällen waren die Blasen so kurzlebig, dass es schwer war, sie vor dem Collabiren zu sehen. Redner giebt eine Beschreibung des Aussehens der Schleimhaut. Er bespricht dann die beiden Hauptklassen von Fällen: solche, in denen die Erkrankung auf Haut und Schleimhaut gleichzeitig vorkommt, und diejenigen, die allein die Schleimhaut betreffen, entweder die von Nase, Rachen, Kehlkopf und Conjunctiva zusammen oder nur an zwei oder mehreren dieser Stellen. Der Charakter der Erkrankung ist im Wesentlichen chronisch. Bezüglich der Behandlung empfiehlt F. vor Allem Sorge für die allgemeine Gesundheit, Waschungen von Mund und Nase und innerlich Arsen.

Thomas J. Harris: Primäre Ulceration der Tonsille nebst Bemerkungen über Tonsillargeschwür im Allgemeinen.

H. unterscheidet: Membrano-ulceröse Tonsillitis oder sogenannte Angina Vincentii, acute lacunäre ulceröse Tonsillitis; pseudo-diphtherische Ulceration; Gangrän der Tonsille, Syphilis und Tuberculose. Er beschreibt die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen nebst den bakteriologischen Befunden. Er macht auf die häufig vorkommenden secundären Ulcerationen der Tonsille aufmerksam infolge Diphtherie, Typhus, Tuberculose, Lupus, Syphilis und maligner Neubildung und bespricht die Differentialdiagnose zwischen diesen und den primären Ulcerationen. Er legt grossen Werth auf die bakteriologische Untersuchung und

warnt vor der folgenschweren Verwechselung der primären Ulcerationen mit secundären, wie diphtherischen oder syphilitischen.

Herbert S. Birkett: Lupus des Rachens und Nasenrachens mit X-Strahlen behandelt.

B. berichtet über einen 15jährigen Knaben, der mit einem später an Tuberculose zu Grunde gegangenen Bruder in einem Raume wohnte. Patient war anscheinend gesund, klagte nur über erschwerte Nasenathmung. Es fanden sich lupöse Massen an der lateralen und hinteren Rachenwand, die sich nach dem Nasenrachen erstreckten und von starker Infiltration umgeben waren. Die Massen wurden entfernt, dann curettirt und Milchsäure eingerieben. Da keine Heilung eintrat, wurde Patient von April bis Juli 1903 mit Röntgentstrahlen behandelt, worauf die localen Erscheinungen völlig verschwanden. Februar 1904 zeigte sich eine kleine kranke Stelle vorn am Septum; dieselbe befindet sich jetzt unter derselben Behandlung in Heilung.

Braden Kyle: Broncholithen.

In den seltensten Fällen wird vor Expectoration des Concrements die Diagnose gestellt. Die Beschwerden werden meist als Asthma, Tuberculose, Bronchitis etc. gedeutet; sie bestehen in Husten, Dyspnoe und gelegentlich Hämoptoe. K. giebt einige Theorien über Ursprung und Bildung der Steine wieder; obwohl meist bei Tuberculösen beobachtet, finden sie sich auch bei Nichttuberculösen. Einen solchen Fall theilt Redner mit.

Zu correspondirenden Mitgliedern wurden ernannt: Prof. B. Fraenkel (Berlin); zu activen: Passmore Berens (New York), John M. Ingersoll (Cleveland) und Harris P. Mosher (Boston).

Vorsitzender für das nächste Jahr ist: Clarence C. Rice (New York).

Die Zahl der Mitglieder wird von 75 auf 100 erhöht. Emil Mayer.

IV. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Das Fest wird D. v. am 17. dieses Monats programmgemäss abgehalten werden und verspricht in jeder Beziehung der Gelegenheit würdig zu werden.

Eine ausführliche Beschreibung wird in der Aprilnummer gegeben werden, die mit Rücksicht auf das Datum des Festes etwas verspätet erscheinen dürfte.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, April. 1905. No. 4.

I. Die Feier des hundertjährigen Geburtstages Manuel Garcia's.

17. März 1905.

Das Fest, auf welches sich die Laryngologen der Welt seit so langer Zeit gefreut und vorbereitet hatten, die dem „Vater der Laryngologie" bei der Vollendung seines hundertsten Lebensjahres zugedachte Feier, hat am 17. März in würdigster und erhebendster Weise stattgefunden.

Am Morgen des 17. März empfing Seine Majestät, König Eduard VII. von Grossbritannien und Irland, den Jubilar im Buckingham Palace, drückte ihm in gütigster Weise Seinen persönlichen Glückwunsch zu seinem hundertsten Geburtstage aus und verlieh ihm zur Erinnerung an dieses einzige Fest und in Anerkennung dessen, was er für die Musik und die Laryngologie geleistet habe, das Commandeurkreuz Seines Hausordens. Zum Schlusse der Audienz hatte der König die Gnade, von dem Herausgeber des Centralblatts, der befohlenermaassen den Jubilar begleitete, eine „Avant la lettre"-Photogravure des Sargent'schen Porträts entgegenzunehmen, und ihm Seinen Wunsch auszusprechen, dass Sein dienstthuender Oberkammerherr, Lord Suffield, an dem Festbankett als Sein persönlicher Vertreter theilnehmen möge, — eine weitere Auszeichnung, deren Mittheilung bei der Morgenfeier allseitige Freude hervorrief.

Vom Buckingham Palace begab sich der Gefeierte nach den Räumen der Royal Medical and Chirurgical Society in Hanover Square, wo sich mittlerweile ausser den Deputationen ein glänzendes und erlesenes Publikum eingefunden hatte. Im Vordergrunde des Saales hatten die Familie des Jubilars, die Vertreter des Deutschen Kaisers und des Königs von Spanien, der Maler des Bildes, die Deputationen der Royal Society, der Universität Manchester, der alten Schüler Garcia's, der Royal Academy of Music und des Royal College of Music, sowie die grosse Reihe der Deputationen laryngologischer Gesellschaften Platz genommen. Ihnen folgte das Garcia-Comité, und hinter diesem konnte die grosse Zahl der persönlichen Freunde und alten Schüler des Jubilars, sowie Vertreter der Musik und der Medicin, unter denen man einige der ersten Aerzte Englands,

so Sir William Broadbent, Sir Richard Douglas Powell, Sir Lauder Brunton, Mr. Timothy Holmes etc. etc. erblickte, kaum Platz finden.

Punkt zwölf Uhr betrat der Jubilar am Arme des Unterzeichneten, der in seiner Stellung als Vorsitzender des Garcia-Comité's als Herold bei der Morgenfeierlichkeit fungirte, den Saal. Von brausendem Beifall empfangen, nahm er auf erhöhter, von Blumen- und Palmenschmuck gezierter Estrade im Sitze des Präsidenten der Gesellschaft Platz und verneigte sich aber- und abermals als Zeichen des Dankes für den nicht endenwollenden Applaus, der sich stürmisch erneute, als der Unterzeichnete von der gnädigen Auszeichnung Mittheilung machte, die unserem ehrwürdigen Freunde soeben seitens des Königs von England zu Theil geworden war und als deren sichtbares Zeichen er das Band und das Kreuz des Victoria-Ordens trug.

Sodann ergriff der spanische Geschäftsträger, Marquis de Villalobar, das Wort, um Señor Garcia, der noch heute, nach fast 90jähriger Abwesenheit von seinem Heimathlande, ein patriotischer Spanier ist, die wärmsten Glückwünsche Seiner Majestät des Königs von Spanien auszusprechen, und um dem Könige von England sowie den wissenschaftlichen Gesellschaften und Universitäten der Welt den herzlichsten Dank seiner Regierung für diese, einem grossen Spanier gewidmete Feier zu sagen. Zum Schlusse bekleidete er Señor Garcia im Auftrage seines Königs mit dem Grosscordon des Ordens Alfonso des Zwölften, einer nur den ersten Vertretern der Kunst und Wissenschaft verliehenen Auszeichnung, welche ihrem Träger den Titel „Excellenz" verleiht.

Als sich der Jubel, welcher dieser Investitur folgte, gelegt hatte, hielt Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel, der sich auf ausdrücklichen Befehl Seiner Majestät des Deutschen Kaisers und Königs von Preussen als specieller Delegirter des Kgl. Preussischen Kultusministers zur Feier nach London begeben hatte, eine Anrede an den Jubilar, in welcher er seine Verdienste um die Wissenschaft feierte. Grossen Beifall erregte die geistreiche Wendung, dass am heutigen Tage Señor Garcia „das erste Jahrhundert seiner Unsterblichkeit" vollende! — Aber noch enthusiastischeren Applaus fand die Mittheilung, dass Seine Majestät der Kaiser dem Jubilar in Anerkennung seiner hervorragenden Verdienste um Kunst und Wissenschaft eine Auszeichnung seltenster Art, die grosse goldene Medaille für Kunst und Wissenschaft verliehen habe. Unter brausendem Jubel überreichte Prof. Fränkel dem ehrwürdigen Greise die Medaille.

Den Abgeordneten der Herrscher und Regierungen folgten die Delegirten der Akademieen und Universitäten.

Den Reigen eröffnete die Royal Society of London, vor der Garcia vor fast genau 50 Jahren den epochemachenden Vortrag gehalten hatte, in welchem die Erfindung des Laryngoskops und die ersten mit seiner Hülfe gemachten physiologischen Beobachtungen mitgetheilt worden waren. Die Glückwunschadresse der Royal Society, in welcher dieses Ereignisses dankbar gedacht ist, wurde von Sir Archibald Geikie (erstem Secretär der Gesellschaft), Professor Francis Darwin (Secretär für das Ausland) und Professor Halliburton, dem berühmten Physiologen, überbracht und von letzterem verlesen.

An die Gratulation der englischen Academie der Wissenschaften schloss sich ein warmes Glückwunschtelegramm ihres deutschen Schwesterinstituts, der preussischen Academie der Wissenschaften, das von dem vorsitzenden Secretär, Geh. Rath Waldeyer, unterzeichnet war und von Sir Archibald Geikie, einem correspondirenden Mitgliede der preussischen Academie, verlesen wurde.

Nunmehr folgte eine Adresse der Universität Königsberg, die vor mehr als 40 Jahren unseren Jubilar zum Ehrendoctor gemacht hatte, und in deren herzlicher, von warmem Beifall empfangener Gratulation der Wunsch ausgedrückt wurde, dass es der Universität vergönnt sein möge, bei Gelegenheit von Garcia's 50jährigem Jubiläum als Ehrendoctor sein Diplom zu erneuern.

Wie Königsberg, so drückten auch die Universitäten von Manchester (vertreten durch Prof. Stirling, Dr. Milligan und Dr. Moritz) und Heidelberg dem Jubilar ihre wärmsten Wünsche aus.

Die nächste Deputation, welche die früheren Schüler des Meisters repräsentirte, erweckte Erinnerungen an längst vergangene Zeiten. Ausser Mr. Charles Santley, Englands berühmtestem Bariton, und Mr. Ballin, der die Musiker im Comité vertreten hatte, gehörten ihr Mr. Otto Goldschmidt, der Gatte von Garcia's grösster Schülerin: Jenny Lind, sowie Madame Blanche Marchesi in Vertretung ihrer leider am persönlichen Erscheinen verhinderten Eltern: Salvatore und Mathilde Marchesi, wie endlich Herr Emanuel und Fräulein Stockhausen als Repräsentanten ihres Vaters, des grossen deutschen Sangmeisters: Julius Stockhausen, an, der, zu leidend, um persönlich seinem alten Lehrer zu seinem Jubelfeste zu gratuliren, seine Glückwünsche durch seine Kinder übermitteln liess. Baron Alfred de Rothschild, der ebenfalls als alter Schüler an der Deputation theilzunehmen hoffte, war im letzten Augenblick am Erscheinen behindert. — Die Begrüssung dieser Deputation und die herzlichen Worte, welche Blanche Marchesi und Otto Goldschmidt an den Meister richteten, gehören zu den rührendsten Momenten der Feier.

An die Deputation der alten Schüler schlossen sich Abordnungen der beiden Königlichen Musikinstitute Londons, der Royal Academy of Music, an der Garcia selbst viele Jahre als Lehrer gewirkt hatte, und des Royal College of Music. Beide überbrachten Glückwunschadressen. Unter den Delegirten befanden sich mehrere der ersten Musiker Englands, so Sir Alexander Mackenzie, Sir Hubert Parry, Sir C. Villiers Stanford, Sir Walter Parratt.

Und nun folgte die stattliche Schaar der „Kinder" des Jubilars: die laryngologischen Gesellschaften der Welt. In der Form von Deputationen, von Adressen, von Telegrammen, von Ernennungen zum Ehrenpräsidenten und zum Ehrenmitglied brachten sie ihrem Vater den Tribut ihrer Dankbarkeit und Bewunderung dar. In alphabetischer Reihenfolge aufgerufen, gratulirten nach einander:

1. Die amerikanische laryngologische Vereinigung.
2. Die belgische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft (Dr. Delsaux, Dr. Goris, Dr. Broeckaert).
3. Die Berliner laryngologische Gesellschaft (Dr. Landgraf, Dr. Kuttner, Prof. Gluck).

4. Die britische laryngo-rhino-otologische Association (Mr. Chichele Nourse, Dr. Percy Jakins, Mr. Stuart-Low, Mr. Dennis Vinrace, Dr. Andrew Wylie).
5. Die dänische laryngologische Gesellschaft.
6. Die französische laryngo-rhino-otologische Gesellschaft (Dr. Moure, Dr. Lermoyez, Dr. Texier, Dr. Molinié).
7. Die italienische laryngo-rhino-otologische Gesellschaft und die neapolitanische laryngologische Schule (Prof. Poli und Sir Felix Semon als Ehrenmitglied).
8. Die Londoner laryngologische Gesellschaft (Mr. Charters Symonds, Mr. de Santi, Dr. Davis und Mr. H. B. Robinson).
9. Die niederländische laryngo - oto - rhinologische Gesellschaft (Dr. Moll, Dr. Burger, Dr. Kan, Dr. Zaalberg).
10. Die New-Yorker Academie der Medicin. Laryngologische Abtheilung (Dr. Harmon Smith).
11. Die Pariser laryngologische Gesellschaft (Dr. Mahu, Dr. C. J. Koenig),
12. Die laryngologische Gesellschaft der rheinisch-westfälischen Industriebezirke (Dr. Hirschland).
13. Die St. Petersburger laryngologische Gesellschaft.
14. Die spanische laryngo-otologische Gesellschaft und die spanische Academie der Medicin und Chirurgie (Dr. Botella, Dr. Tapia).
15. Die süddeutsche laryngologische Gesellschaft (Dr. Avellis).
16. Die ungarische laryngologische Gesellschaft.
17. Die Warschauer laryngologische Gesellschaft.
18. Die westdeutsche laryngologische Gesellschaft (Dr. Fackeldey, Dr. Lieven).
19. Die Wiener laryngologische Gesellschaft (Prof. Chiari).

Ausserdem wurde Kenntniss davon gegeben, dass die laryngologischen Gesellschaften von Schweden, Moskau und Krakau, die medicinische Gesellschaft von Amsterdam, die japanische medicinische Gesellschaft, Seine Excellenz Wirkl. Geh. Rath Prof. Dr. Moritz Schmidt im Namen der neuen deutschen laryngologischen Gesellschaft, Dr. Birkett im Namen der Studenten der Mc Gill-Universität in Montreal, Dr. French in Brooklyn Glückwunschtelegramme gesandt hätten. Die Anzahl der privaten Gratulationsdepeschen belief sich auf mehrere Hunderte.

Besondere Freude gewährte es augenscheinlich dem Jubilar, als die Klänge seiner Muttersprache aus Dr. Botella's Munde zu ihm drangen. Auch die äusserst herzliche und intime Ansprache der Londoner laryngologischen Gesellschaft, der er seit ihrer Gründung so nahe steht, bewegte ihn tief. — Die Bemerkung des Unterzeichneten, wie rührend es sei, dass Russland und Japan trotz ihres Riesenkampfes unserer Feier gedacht hätten, erweckte sympathischen Beifall.

Den letzten Act der Morgenfeier bildete die Ueberreichung des Sargent-schen Bildes und eines die Namen sämmtlicher Beitragenden enthaltenden Albums an den Jubilar seitens der Garcia-Comité's. Es gereicht dem Unterzeichneten hier zu ganz besonderer Freude, mittheilen zu können, dass seine zuversichtliche Er-

wartung: sowohl die laryngologische, wie die musikalische Welt werde sich in liberaler Weise an der Ehrengabe betheiligen, in reichem Maasse in Erfüllung gegangen ist. Die laryngologischen Gesellschaften, die musikalischen Körperschaften und etwa 800 private Zeichner haben im Ganzen etwa 17000 Mark zu dem Festgeschenk beigetragen, so dass nach Abzug der nicht unbeträchtlichen Kosten dem berühmten Maler, der uns in liebenswürdigster Weise entgegengekommen ist, ein seiner und unserer würdiges Honorar wird übermittelt werden können! —

Der Unterzeichnete gedachte in seiner Ansprache zunächst der treuen Hülfe, deren er sich bei seinen Bemühungen um das Gelingen des Festes seitens der Secretäre des Comité's (Dr. Francis Potter und Mr. Ph. de Santi), des leider durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Schatzmeisters (Mr. W. R. H. Stewart), des Vertreters der alten Schüler Garcia's (Mr. Ballin) und des mit dem Arrangement der pathologischen Ausstellung für die Festsitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft betrauten Dr. Pegler zu erfreuen gehabt habe, und enthüllte dann unter brausendem Beifall der ganzen Festversammlung das wunderbare Sargent'sche Portrait des Jubilars, dessen grossartige Künstlerschaft und sprechende Aehnlichkeit mit dem Gefeierten immer neue enthusiastische Bewunderung hervorrief.

Zum Schlusse erhob sich unser ehrwürdiger Freund, um seinen Dank auszusprechen. Mit vor Rührung zitternder Stimme dankte er zunächst in innigen Worten den Herrschern, die ihn geehrt, den Academieen, den Universitäten, die ihn geehrt. Als er sich an seine alten Schüler wandte, übermannte ihn die Bewegung und er ersuchte den Unterzeichneten, den kleinen Rest der Rede, die er zu halten beabsichtigte, für ihn zu verlesen. Hierbei ereignete sich eine Episode, die allen, die bei der Feier gegenwärtig waren, unvergesslich bleiben wird. Gern folgte der Unterzeichnete dem Wunsche seines lieben alten Freundes. Als er aber an die Schlusssätze der Rede gelangte und sah, dass im nächsten Satze seiner eigenen Bemühungen um das Gelingen des Festes in viel zu schmeichelhafter Weise gedacht war, stockte er sehr begreiflicherweise. „Lesen Sie das, lesen Sie das!" — rief Garcia. Als der Unterzeichnete aber immer noch zögerte, erhob sich der Jubilar mit jugendlicher Lebendigkeit, rief aus: „Geben Sie mir das Manuscript, ich will es selbst lesen", und brachte seine Rede selbst zum Schluss.

Damit endigte die schöne, die unvergessliche Morgenfeier. Es war gelungen, die ganzen Verhandlungen in die Zeit von 65 Minuten zusammenzudrängen, da sämmtliche Redner in dankenswerthester Weise sich grösster Kürze befleissigt hatten, und Señor Garcia war zum Schlusse der Ceremonie nicht im mindesten ermüdet.

Dem Festakt folgte unmittelbar ein von Dr. St. Clair Thomson den fremden Delegirten und einer Anzahl britischer Laryngologen gegebenes Frühstück im Automobilclub. Dasselbe, an kleinen Tischen eingenommen, an denen der Gastgeber sehr geschickt auswärtige Gäste und einheimische Freunde in bunter Mischung

placirt hatte, verlief auf's Gemüthlichste und führte sofort zu internationaler Verbrüderung der Theilnehmer.

Aber nicht lange war denselben Ruhe vergönnt, denn schon um 3 Uhr begann die Festsitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft. Es war alles aufgeboten worden, um den ausländischen Fachgenossen eine Sammlung der interessantesten Fälle und Präparate makro- und mikroskopischer Natur zu zeigen, welche die Londoner allgemeinen und speciellen Hospitäler in unserem Fache aufzuweisen haben, und ihnen gleichzeitig ein Bild von der Thätigkeit der Londoner Gesellschaft zu geben. Das Vorgeführte schien denn auch lebhaftes Interesse zu erwecken und an der den Demonstrationen folgenden Discussion nahmen unsere Gäste lebhaften Antheil. Ein Bericht über diesen Theil der Feier wird seinerzeit von unserem ständigen Referenten für die Verhandlungen der Londoner laryngologischen Gesellschaft, Mr. Waggett, gegeben werden. Hier erübrigt es nur, noch einmal dem Präsidenten, Mr. Charters Symonds, und dem pathologischen Curator der Gesellschaft, Dr. Pegler, die sich um die Beschaffung des Materials ganz besonders verdient gemacht hatten, den verdienten Dank auszusprechen.

Um $^1/_2$8 Uhr Abends begann im grossen Saale des Hotels Cecil das Festbankett, an dem mehr als 400 Personen theilnahmen. Unter den Anwesenden bemerkte man ausser den fremden Gästen und den meisten derjenigen, die bei der Vormittagsfeier betheiligt gewesen waren, Lord Suffield, den Vertreter des Königs, Sir Lawrence Alma Tadema, Sir Edward Elgar, Sir James Reid, M. Paul Viardot, den Neffen des Meisters, und eine grosse Anzahl der bekanntesten Vertreter der englischen Medicin und Musik. Die Ehrentafel war von den auswärtigen Delegirten und hauptsächlichsten englischen Repräsentanten der genannten Kunst und Wissenschaft eingenommen. Zur Rechten des Präsidenten sass der Gefeierte, neben ihm Lord Suffield, dem der spanische Geschäftsträger und Madame Garcia folgten; zur linken Prof. Fränkel, Frau Stockhausen, M. Viardot und Mr. Sargent. Die Tischkarte wies unter der spanischen Flagge zwei Vignetten des Gefeierten auf, von denen die eine ihn um die Zeit der Erfindung des Laryngoskops, die andere ihn in seinem jetzigen Lebensalter darstellte. Das Mahl wurde in heiterster Stimmung eingenommen. Nach dem Dessert brachte der Präsident der Londoner Laryngologischen Gesellschaft, Mr. Charters Symonds, der den Vorsitz führte, zunächst den Toast auf den König, sodann einen Toast auf den Deutschen Kaiser und den König von Spanien aus, der zum Bankett noch eine persönliche Glückwunschdepesche sandte. Dann folgte der von dem Unterzeichneten ausgebrachte Toast auf den Jubilar, auf den derselbe in theilweise ernster, theilweise launiger Form erwiderte, und endlich der von dem Präsidenten ausgebrachte Toast auf die fremden Gäste, in deren Namen die Herren Stockhausen, Harmon Smith, Kuttner, Goris, Lermoyez, Burger, Poli, Botella und Chiari dankten. Ein charmantes Concert, an dem die Damen Blanche Marchesi und Ada Crossley, und die Herren Ben Davies und Oswald theilnahmen, brachte den officiellen Theil des durch grössten Enthusiasmus charakterisirten Festes zum Abschluss.

Am Sonnabend, dem 18. März, gab Prof. Gluck um 2 Uhr Nachmittags eine Demonstration neuerer Fortschritte in der Technik der Larynx-, Pharynx- und partiellen Oesophagusexstirpation.

Um 3 Uhr folgte dieser Zusammenkunft eine zwanglose Versammlung behufs Besprechung der von der Laryngologie gegenüber den Lissaboner Beschlüssen einzunehmenden Haltung, über die wir im Briefkasten dieser Nummer berichten.

Abends bewirtheten verschiedene Londoner Laryngologen — so Dr. Law und seine Gattin — die fremden Gäste, und nach dem Diner fand ein allgemeiner musikalischer Empfang bei dem Präsidenten der laryngologischen Gesellschaft, Mr. Charters Symonds, statt.

Am Sonntag Abend empfing der Unterzeichnete die auswärtigen Delegirten und eine grössere Anzahl britischer Laryngologen zu Tische im Deutschen Club. Die Theilnehmer hatten die grosse Freude, den Jubilar unter sich zu sehen, der in grösster Frische und heiterster Stimmung sich, wie er selbst sagte, durchaus „en famille“ fühlte, und folgenden Trinkspruch ausbrachte, der von neuem von der „rührenden Bescheidenheit“ Zeugniss ablegte, die, wie im Leitartikel der Märznummer gesagt wurde, ihn vor allem anderen charakterisirt:

Sir Felix and Gentlemen, — Vous ne vous attendez pas, sans doute, à ce que je fasse un discours. Si j'ose prendre la parole, c'est pour vous exposer, en quelques mots, une pensée qui m'obsède et que le grand éclat donné à la présentation qui a eu lieu a fait naître dans mon esprit.

Le rôle des personnages qui ont figuré dans cette célébration aurait du être interverti; les félicitations, les compliments vous appartiennent, et c'est à vous et à vos sociétés qu'ils auraient dus être adressés.

Il est de toute évidence que le petit instrument doit les succès qu'il a obtenus, absolument et uniquement à vous, Messieurs, et aux associations sur lesquelles vous présidez. Privé du puissant appui de votre science, il serait tombé dans un oubli complet *(et ego quoque)*.

Par suite je me considère comme un usurpateur insigne qui accepte ce qui, en réalité, vous appartient, et c'est par acquit de conscience que je le confesse.

Ne pouvant pas changer ce qui est, je termine ces mots en exprimant ma très vive reconnaissance aux sociétés laryngologiques que vous représentez et à vous, Messieurs, qui, sans souci des inconvénients des voyages, êtes venus de tous les pays, même les plus lointains, pour féliciter le centenaire et, plus encore, pour l'honorer de leur approbation scientifique. Ainsi comblé, saura-t'il jamais manifester l'intensité de son appréciation, de sa reconnaissance?

Je ne pourrais conclure ces remarques sans exprimer mon admiration pour Sir Felix Semon, dont l'infatigable persévérance, unie à une rare puissance d'organisation, a réussi, à travers de nombreux obstacles, à organiser cette grande démonstration, inspirée uniquement par le désir d'honorer un vieil ami. Merci-encore-Merci!

Nach Tische begaben sich die Festtheilnehmer nach dem Hause des Unterzeichneten, wo inzwischen seine Gattin Madame Garcia, die Damen der aus-

wärtigen Delegirten und einige britische „Laryngologinnen“ bewirthet hatte, und wo später zahlreiche andere Freunde und Collegen mit ihren Damen sich eingestellt hatten. Bei den Klängen ungarischer Zigeunermusik und bei deutschem Fassbier steigerte sich die Gemüthlichkeit und erreichte ihren Höhepunkt, als um Mitternacht der Jubilar ein grosses Glas Bier auf das Wohl aller Festtheilnehmer leerte.

So endete das einzige Fest, das, wie wir wohl hoffen dürfen, in der Erinnerung aller Derer, die das Glück gehabt haben, an ihm theilzunehmen, unvergesslich bleiben wird! — Dem Jubilar hat es, wie bestimmt versichert werden kann, die grösste Freude gemacht und ihm, wenn auch spät, so Gott sei Dank, nicht zu spät, den Beweis gebracht, dass sein segenreiches Erdenwirken von seinen Zeitgenossen so anerkannt wird, wie es verdient! — Für die Laryngologie aber ist es ein Ehrentag gewesen, der sie zu weiteren Leistungen anspornen wird! —

Felix Semon.

II. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente.

1) **Herm. Streit** (Königsberg). **Ueber das Vorkommen des Skleroms in Deutschland.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 257. 1903.*

Verf. stellt die bisherigen Beobachtungen zusammen und fügt die Krankengeschichten von 4 neuen, in der Gerber'schen Klinik beobachteten Skleromfällen hinzu. Es handelt sich danach im Ganzen jetzt um 32, bezw. 33 Fälle, von denen einzelne allerdings noch nachzuprüfen wären; dieselben gehören in der Mehrzahl zwei Herden, in Ostpreussen und Schlesien, an, einzelne Fälle sind sporadisch aufgetreten. Die Invasion des Skleroms in Deutschland ist also eine nicht geringe und es ist ersichtlich, dass die bisher getroffenen Maassregeln zur Bekämpfung des Skleroms nicht genügen. Verf. fordert eine Erweiterung derselben und schlägt besonders die Anzeigepflicht, amtliche Nachforschungen in den Skleromkreisen, Begutachtung der verdächtigen und Isolirung der sicher constatirten Fälle vor.

F. KLEMPERER.

2) **S. Botella** (Madrid). **Peracute ödematöse Rhino-pharyngo-laryngitis. (Rinofaringo-laringitis edematosa peraguda.)** *Revist. de Especialidad. No. 20. Februar 1904.*

In dem mitgetheilten Falle traten häufig sich wiederholende Anfälle von heftiger Coryza mit Augenlid-Oedem und Gesichtsschwellung auf, begleitet manchmal von Husten und inspiratorischer Dyspnoe. Nach Verf.'s Ansicht lag die Ursache dieser Anfälle in der Hypertrophie der Nasenschleimhaut, denn nach Cauterisirung der Muscheln treten keine neue Anfälle mehr auf.

R. BOTEY.

3) **F. Blumenfeld. Zur Aetiologie und Therapie der Xerosen der Halsschleimhäute.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 476.*

Die trockenen Katarrhe der oberen Luftwege sind vorwiegend eine secundäre Erkrankung, Folge constitutioneller Leiden (Diabetes, Gicht, Syphilis u. a.) oder

localer Erkrankung der Nase und des Rachendaches (Nebenhöhlenaffectionen, Ozaena u. a.). Die allgemeine Behandlung der ersteren, die chirurgische Therapie der letzteren muss der localen Therapie der Xerose vorangehen. Für diese selbst empfiehlt Verf. das Jodipin, von dem er 1—2 ccm vom Munde aus in die Rachenhöhle unter gelindem Druck, anfangs täglich, später in längeren Pausen einspritzt.

F. KLEMPERER.

4) S. Saltykow (Basel). **Ueber die sogenannten Amyloidtumoren der Luftwege und des Anfangstheils des Verdauungscanals.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 321. 1903.*

S. berichtet über die histologische Untersuchung eines Amyloidtumors des Larynx und eines Amyloidtumors der Zunge. Mit diesen beiden sind jetzt insgesammt 18 Fälle von Amyloidtumoren der Luftwege und des oberen Verdauungstractus beim Menschen bekannt. Klinisch kommt diesen Geschwülsten keinerlei Besonderheit zu. Anatomisch sind sie durch das Auftreten der Amyloidsubstanz gekennzeichnet, welche in Form von Schollen, Klumpen, Feldern, Blöcken erscheint, aber auch in bandartigen Gebilden, die erweiterten Lymphgefässen zu entsprechen scheinen. Eigenthümlich ist diesen Tumoren ferner die Entstehung von Riesenzellen, die als eine reactive Wucherung infolge des Reizes seitens der Amyloidklumpen zu deuten sind. Der localen Amyloidose scheint eine chronische locale Entzündung oder eine längere Zeit bestehende Geschwulst vorauszugehen: auch scheint ein Zusammenhang mit Knorpelgewebe zu bestehen, indem die Amyloidtumoren immer in der Nähe präexistirenden Knorpels sich finden, zweitens ihre Entstehung im Anschluss an multiple Ecchondrose beobachtet wurde, drittens sehr oft in Amyloidgeschwülsten Knorpel-Neubildung vorkommt.

F. KLEMPERER.

5) D. Braden Kyle. **Pathologie der malignen Geschwülste der oberen Luftwege. (Pathology of malignant growths of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 10. December 1904.*

Verf. bespricht besonders die Frage von dem vermeintlichen Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige. Er ist der Ansicht, dass ein solches Bösartigwerden benigner Tumoren niemals statthat, dass dagegen diese eine Prädisposition für bösartige Neubildungen abgeben in dem Sinne, dass da, wo eine gutartige Neubildung Sitz einer Irritation ist, sich an ihr leichter ein Carcinom oder Sarkom bildet, als wenn keine gutartige Neubildung vorhanden gewesen wäre.

LEFFERTS.

6) Hertz. **Sechs Fälle von Fremdkörpern in den Athmungsorganen. (Szesc przypadkow cialobcych w drogach oddechowych.)** *Med. No. 38. 1904.*

Verf. beschreibt derartige Fälle bei 5 Kindern und einer Frau mit günstigem Verlauf. In einem Falle wurde der Fremdkörper (es war ein Stückchen Glas) durch die Tracheotomiewunde entfernt; im zweiten und dritten Falle wurde eine Erbse nach einigen Tagen ausgehustet; im vierten wurde der Kürbiskern durch die Tracheotomiewunde ausgehustet; im fünften wurde ein Kastanienstück in die Glottis eingekeilt und mit der Zange entfernt. Im sechsten befand sich bei einer

45jährigen Frau eine Nadel in der Glottis der Art, dass das eine Ende sich an die hintere Larynxwand, das andere an die untere Epiglottisfläche anlehnte. Die Nadel wurde mittelst Larynxpincette entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

7) **Nowotny. Fremdkörper in der Nase, Rachen und Schlund, welche in den letzten 2 Jahren vom Verfasser entfernt worden sind. (Ciala obce w nosie, gardle i przelyku wydobyte w przeciagu ostatnich dwich lat.)** *Przegl. Lek. No. 48. 1904.*

14 Fälle betreffen Fremdkörper in der Nase, von welchen 10 von aussen in die Nase eingeführt worden sind, 2 waren Rhinolithen und 2 stellten unregelmässig in die Nasenhöhle hineingewachsene Zähne dar. Aus den Gaumentonsillen wurden 5 Fremdkörper entfernt. In der hinteren Rachenwand waren in 5 Fällen Fremdkörper eingekeilt, In 3 Fällen fiel der Fremdkörper in den Schlund. In 16 Fällen handelte es sich um in den Schlund eingekeilte Fremdkörper. Einige davon wurden mittelst des Gräfe'schen Instruments, einige mittelst Pincette entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

8) **Hölscher** (Ulm). **Zur Casuistik der Fremdkörper in Nase und Ohr.** *Med. Corresponzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 13. 1904.*

Schuhknopf aus der Nase eines 3jährigen Mädchens entfernt. Es gelang ein Häkchen in die Oese des Knopfes einzuführen und somit ging die Extraction sehr leicht von statten.

SEIFERT.

9) **Nowotny. Beitrag zur Casuistik der inspirirten Fremdkörper.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1904.*

Mittheilung von 3 Fällen aus der Klinik von Pieniazek; in zweien wurde ein Fremdkörper — eine Bohne und im anderen Falle ein Kirschstein — operativ entfernt.

SCHECH.

10) **Appel. Zur Frage nach dem Schicksal verschluckter Fremdkörper.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1904.*

Bei einem 62jährigen Manne, der, ohne es zu wissen, einen Knochen verschluckt hatte, stellten sich seit seinem 40. Jahre krampfhafte Schmerzen in der Lebergegend sowie Stuhlverstopfung ein, und zwar anfallsweise, anfangs täglich, dann mehrmals im Jahre, schliesslich alle 2—3, ja selbst 5 Jahre. Im Jahre 1902 Tumor und Schmerzen in der linken Leistengegend und -Kanal; bei der Operation fand sich ein gebogener arrodirter Knochen von Streichholzdicke und $2^1/_2$ cm Länge.

SCHECH.

11) **Duchesne. Die Injectionen mit Paraffinproducten in der Oto-rhino-laryngologie. (Les injections de produits paraffinés en Oto-rhino-laryngologie.)** *Annales de la Soc. Médico-Chir. de Liège. No. 1. 1904.*

Der Autor giebt einen Bericht über die Injectionen mit Paraffin-Vaselin von Gersuny und Stein an bis zu der Vervollkommnung der Methode durch Eckstein, Broeckaert, Delie, Viollet etc. mit besonderer Berücksichtigung der Broeckaert'schen Methode, welche der Autor im Wesentlichen eingeschlagen hat. Nach Schilderung seines Verfahrens geht er auf die einzelnen Indicationen

dazu ein und widmet eine besondere Besprechung den Paraffininjectionen bei der Behandlung der Ozaena, zu welcher Injectionen von über 45° flüssigem Paraffin genügen. Er citirt die wunderbaren Erfolge, welche gewisse Autoren damit erzielt und die nur noch die Probe der Zeit zu erbringen haben. BAYER.

12) **Broeckaert. Ueber die kalten Paraffininjectionen; Vorzeigen von Instrumenten.** *La Belgique Méd. No. 37. 1904.*

In der Sitzung der Genter medicinischen Gesellschaft am 6. September 1904 macht B. eine Mittheilung über kalte Paraffininjectionen und zeigt ein von ihm zu diesem Zweck construirtes Instrument vor. B. hat seine neue Methode an einer gewissen Anzahl Ozaenakranker erprobt und hält dieselbe, wenn gut ausgeführt, für absolut ungefährlich; er ist überzeugt, dass sie ein sehr wirksames Heilmittel, ja beinahe die ideale Behandlung für eine so hartnäckige Affection darstellt, wie sie die fötide chronische Rhinitis zu sein pflege. BAYER.

13) **C. Compaired** (Madrid). **Die Injectionen von Paraffin in Rhino-Laryngologie. (Les injecciones de paraffine en rino-laringologia.)** *El Siglo Médica. No. 3. Enero 1904.*

Verf. behandelt die Affectionen, welche sich zur Anwendung der Paraffinmethode eignen, insbesondere die Ozaena und Deformationen der Nase. Im Anschluss daran Besprechung eines klinischen Falles. R. BOTEY.

14) **Jul. Schleifstein** (Warschau). **Das Paraffin als kosmetisches Heilmittel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 447.*

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen und eigener Thierversuche hält Verf. zu Heilzwecken in geeigneten Fällen einen Versuch mit einer Paraffinprothese für unbedingt geboten: zu kosmetischen Zwecken aber soll eine Paraffinprothese als ein nicht vollständig unschädliches Mittel nur bei sehr auffallenden Verunstaltungen und auf den Wunsch des Patienten angewandt werden. Das harte Paraffin, von 54° oder noch härter, ist für die Anwendung beim Menschen geeigneter, als das bei 36—42° schmelzbare. Das injicirte Paraffin wird im Laufe der Zeit theilweise von einem compacten Bindegewebe durchwachsen, wodurch indess seine Rolle nicht beeinträchtigt wird. F. KLEMPERER.

15) **J. Cisneros** (Madrid). **Bericht über das Penghawar. (Nota acerca del pengawar.)** *Boletin de Laringologia. Marzo/Abril 1903.*

Verf. giebt das Resultat seiner Beobachtungen hinsichtlich des Penghawar-Yambee als Haemostaticum. C. glaubt, dass bei leichten postoperativen Blutungen der Nasenhöhlen das Penghawar mit gutem Erfolge angewandt werden kann; aber bei grösseren Blutungen bliebe es erfolglos oder wäre höchstens als Stillungsmittel der Jodoformgaze gleichzustellen. R. BOTEY.

16) **Saenger** (Magdeburg). **Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. No. 22. 1904.*

S. empfiehlt $1^1/_2$ proc. Lösung zum Einschlürfen oder Eingiessen in die Nase bei Nasenkrankheiten, 6proc. Lösung zur Nachbehandlung nach Kehlkopf- und Rachenoperationen, zur Behandlung der Angina lacunaris und der Diphtherie,

2—3proc. Lösung (Einspritzen vom Munde aus) für die Entfernung von Sekretansammlungen im Nasenrachenraum, 1—3proc. Lösung zu Ausspülungen bei Eiterungen der Nasennebenhöhlen.

SEIFERT.

17) **Dubar. Das Stovain in der Oto-Rhino-Laryngologie. (La stovaine en oto-rhino-laryngologie.)** *Progrès méd. 26. November 1904.*

Verf. theilt 19 Fälle mit, in denen er das Stovain als Anaetheticum angewandt hat (adenoide Vegatationen, Abtragung oder Schlitzung der Tonsillen, Hyperplasie der Muschelschleimhaut, acute Mittelohrentzündung etc.).

Er kommt zu dem Resultat, dass Stovain ein ausgezeichnetes Anaestheticum darstellt, das sehr wirksam ist und wegen seiner geringen Giftigkeit den Vorzug vor dem Cocain verdient. Er ist bis zur Anwendung von 25 cg gestiegen, ohne irgend welche Nebenerscheinungen zu sehen. Er hat niemals, wie Réclus berichtet, eine gefässerweiternde Wirkung gesehen, was für ihn einen Vortheil darstellt, weil so keine Abschwellung der Gewebe eintritt und man diese in ihrem normalen Zustand betrachten kann. Ein anderer Vorzug besteht darin, dass das Stovain billiger ist als das Cocain. Verf. wendet eine 10—20proc. Lösung in destillirtem Wasser oder in Kochsalzlösung an.

A. CARTAZ.

18) **Jos. C. Beck. Versuche mit Radium bei einigen Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten. (Experiments with radium in some nose, throat and ear diseases.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. berichtet über 11 Fälle von Hals- und Ohrenkrankheiten, die mit Radium behandelt wurden. Er erkennt der Methode einen gewissen Werth zu, hält aber auf Grund der vorliegenden Resultate bisher jeden Enthusiasmus für unangebracht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **F. Alt. Die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Ohres.** (Nach einem Vortrage.) *Wiener med. Presse. No. 16. 1903.*

Hinweis auf die Häufigkeit der Mittelohrinfectionen auf dem Wege der Tuba Eustachii. Oft kommt die Otitis durch eine Mischinfection zu Stande, hervorgerufen durch alle jene Bacterien, die normalerweise im Nasenrachenraum angetroffen werden. Warnung vor unzweckmässigem Schneuzen, forcirten Nasenausspritzungen sowie vor Aufziehen von Wasser aus der Hohlhand, namentlich bei acuten Katarrhen der Nase, an welche Proceduren Alt häufig Otitiden sich anschliessen sah. (Sehr richtig! Ref.)

CHIARI.

20) **Marc. Paunz** (Budapest). **Ueber den rhinogenen Hirnabscess.** *Archiv. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XIII. H. 3. S. 427. 1903.*

Auf Grund einer eigenen Beobachtung, über die er ausführlich berichtet, und der in der Literatur vorhandenen etwa 30 Fälle bespricht Verf. die Pathogenese, die Symptomatologie und die operative Behandlung des rhinogenen Hirnabscesses.

F. KLEMPERER.

21) **Oscar Wilkinson. Eine Untersuchung über Kopfschmerzen in Beziehung zu Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens. (A study of headache in relation to diseases of the nose and naso-pharynx.)** *Washington Medicals Annals. Mai 1904.*

Verf. zählt die verschiedenen Nasenaffectionen auf, zu deren Symptomen Kopfschmerzen gehören.

EMIL MAYER.

22) **Agostino Carbone. Beitrag zum Studium der Augenerkrankungen nasalen Ursprungs. (Contributo allo studio delle affezioni oculari d'origine nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 2. Juni 1904.*

Verf. giebt eine Aufzählung der verschiedenen Augenaffectionen, die er in Combination mit Nasenerkrankungen gesehen hat. Er unterscheidet zwei Klassen: Affectionen reflectorischen Ursprungs (Blepharospasmus, Photophobie, Asthenopie, reflectorische Conjunctivalinjection, Gefässdilatation durch Trigeminusreizung) und per continuitatem fortgeleitete Affectionen (acute einfache Coryza, Influenzaschnupfen, Rhinitis diphtherica, purulenta, erysipelatosa, chronische Rhinitis etc.). Diese zweiten auf dem Wege des Thränennasencanals fortgeleiteten Affectionen haben darum grosse Bedeutung, weil hier das Bestehen der Nasenerkrankung oft Grund ist für die Erfolglosigkeit der Augenbehandlung und weil sie nach Augenoperationen Anlass zu schweren postoperativen Infectionen geben können.

FINDER.

23) **Kutvirl** (Prag). **Dermoidcyste der Nasenwurzel.** *Sbornik Klinicki. Heft 4. 1903.*

Angeborene Geschwulst an der Nasenwurzel, die mehrere Fistelgänge aufwies.

CHIARI.

24) **Leduc. Vernarbung eines Cancroids der Nase nach einmaliger elektrolytischer Application von Chlorzink. (Cicatrisation d'un cancroide du nez après une séance d'introduction électrolytique de chlorure de zinc.)** *Arch. d'électricité méd. 15. December 1903.*

Das seit 5 Jahren bestehende Cancroid der Nase war ohne Erfolg mit allen möglichen Mitteln behandelt worden. Verf. legte in die Nase und auf die Oberfläche des ulcerirten Cancroids einen mit 1 proc. Chlorzinklösung gesättigten Wattetampon. Eine den Tampon festhaltende Pincette wurde mit dem positiven Pol einer Batterie in Verbindung gesetzt, während der negative Pol in einer grösseren indifferenten Elektrode endete, die auf den Arm gesetzt wurde. Man liess 12 Minuten lang einen Strom von 8 Milliampères hindurchgehen. Zehn Tage später war die Vernarbung eine vollständige und bisher ist kein Recidiv aufgetreten.

A. CARTAZ.

25) **W. W. Keen. Rhinophym. (Rhinophyma.)** *Annals of surgery. Mai 1904. N. Y. Medical Record. Juli 1904.*

Verf. beschreibt einen Fall von Rhinophym, der aus einer Acne rosacea resultirte. Er operirte derart, dass er den centralen Theil der Geschwulst vom oberen Rande der erkrankten Partie nach unten bis zur Nasenspitze mittels einer ellip-

tischen Incision excidirte, deren Längsdurchmesser dem Nasenrücken entsprach. Dann vernähte er die Ränder. An den Nasenflügeln begnügte sich Verf., da es unmöglich war, einen passenden elliptischen Schnitt zu erhalten, damit, das hypertrophirte Gewebe einfach abzuschneiden. Die Blutung war mässig; es war nicht nöthig, auch nur ein Gefäss zu unterbinden. Es genügte dazu die Anlegung der Klemmen für ein paar Minuten, sowie die Nähte; auf der rauhen Oberfläche, wo das hypertrophische Gewebe abgeschnitten worden war, wurde etwas Adrenalinlösung applicirt. Die Heilung ging schnell vor sich und war eine völlige.

LEFFERTS.

26) **Kutvirl** (Prag). **Nervöses Nasenbluten.** *Lekarskyet rozhledu. X. 10. 1903.*

Die Blutung, für die keine locale Ursache zu finden war, trat bei einem hochgradigen Neurastheniker nach jeder psychischen Alteration — namentlich Angst — auf und sistirte bei Beruhigung des Patienten, z. B. durch die Gegenwart des Arztes, prompt.

CHIARI.

27) **Notiz des Herausgebers. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Colorado Medical Journal. August 1904.*

Wenn die Blutung nicht mittels Eisenchlorid (1 : 50) gestillt werden kann, so empfiehlt sich, den hinteren Theil der Nase mittels eines Gemisches von Gelatine und Paraffin zu tamponiren und dies einige Tage liegen zu lassen.

EMIL MAYER.

28) **H. Tilley** (London). **Epistaxis, ihre Ursachen, Bedeutung und Behandlung. (Epistaxis, its causes, significance and treatment.)** *The Clinical Journal. London. 1. Juni 1904.*

Klinische Vorlesung über Nasenbluten und die hauptsächlichen Methoden zu seiner Behandlung.

JAMES DONELAN.

29) **Richard Imhofer. Gelatine bei Epistaxis.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 16. October 1903.) *Wiener klin. Rundschau. No. 32. 1904.*

Demonstration von in kleine Glaskolben abgetheilte, mit geringem Karbolzusatz sterilisirte Gelatinedosen, welche auf Wattewickeln applicirt werden.

CHIARI.

30) **Joseph** (Berlin). **Nasenverkleinerungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. 1904.*

Verf. kann über 43 (30 Männer, 13 Frauen) Fälle von operativer Nasenverkleinerung berichten. Es wird totale und partielle Rhinomiosis je nach der Grösse der deformirten Theile der Nase unterschieden. Bei der Verschmälerung der knöchernen Nase wird der Processus frontalis intranasal durchsägt, von einem Einstich unter der Nasolabialfalte aus, ohne spätere sichtbare Narbe. Zur Sicherung der dann in mediale Stellung gebrachten knöchernen Nasenseitenwände zur Nasenverschmälerung dient eine besondere Nasenklemme, die nach Abschwellung etwa 10 Tage getragen wird. Zur Entfernung überflüssiger Haut zu grosser Nasen und Nasenflügel bedient sich Verf. besonderer durch Zeichnungen erläuterter Schnittformen. Zu grosse Nasenhöcker werden mit dem Meissel abgetragen. Bei

Aufblähung der dreckigen Knorpel macht Verf. aus ihnen, sowie der sie bedeckenden Haut und Schleimhäute einen spindelförmigen Ausschnitt. Die hängende Nasenscheidewand kann durch pilzförmigen Ausschnitt verkleinert werden. Verf. erörtert unter den Indicationen zur Operation „psychische Depressionszustände", die sich „aus Anlass der Nasenverbildungen" bei einzelnen Patienten eingestellt hatten.

ALBANUS (CARNIKO).

31) **Sawicki. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Sattelnase. (Przyczynek do leczenia nosa zapadnietego sbosobem Israela.)** *Gazeta Lekarska. No. 45 u. 46. 1903.*

Nachdem Verf. kritisch die verschiedenen chirurgischen Methoden eingehend besprochen hat, beschreibt er 2 Fälle, bei welchen die sattelförmige Nase infolge bedeutender Traumen entstanden war und einen dritten wahrscheinlich nach vor vielen Jahren durchgemachter luetischer Erkrankung. In allen diesen Fällen wurde die Israel'sche Methode (Transplantation eines Knochenstückchens mit Periost 3—4 cm lang, aus der Tibia entnommen) angewendet, und zwar mit sehr günstigem Erfolge, was Correctur der Nase anlangt, wie Verf. mit entsprechenden photographischen Aufnahmen illustrirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

32) **Carl Beck. Ein neues rhinoplastisches Verfahren. (A new procedure in rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar 1904.*

Vor einigen Jahren war bereits eine Rhinoplastik gemacht worden; das Resultat war aber dadurch wieder gestört worden, dass der Process, wegen dessen die Operation gemacht worden war, nämlich ein Epitheliom, sich ausgebreitet hatte. Für eine neue Plastik fand sich kein Material im Gesicht, es wurde also ein Lappen vom Arm genommen; das Resultat war zunächt gut, dann trat ein Recidiv auf, dem wieder die halbe Nase zum Opfer fiel. B. nahm nun einen breiten dreieckigen Lappen von der Unterlippe. Es wurde so eine Schleimhaut erhalten. Ein anderer Vortheil bestand in der Dicke des Gewebes. Nach der Operation wollte B. Röntgenstrahlen anwenden.

LEFFERTS.

33) **Carl Beck. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1904.*

Der Fall war nicht viel versprechend, weil die gewöhnlich zur Deckung des Defects benutzten Gewebe hier total zerstört waren. Patient war bereits nach der französischen Methode, dann mittels der italienischen Methode, d. h. mit Entnahme eines Lappens vom Arm her, operirt worden. B. nahm den Lappen von der Unterlippe, eine bis dahin noch nicht versuchte Art der Operation. Dies hatte den Vortheil, dass eine Schleimhaut implantirt wurde und dass der Lappen nicht breiter als nöthig zu sein brauchte, da infolge der Dicke der Lippe keine Schrumpfung eintreten würde.

LEFFERTS.

34) **Joseph Wiener. Operation wegen congenitaler Sattelnase mittels Einführung einer Celluloidplatte. (Operation for congenital saddle nose by introduction of a celluloid plate.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1904.*

Gegenüber den bei Paraffininjectionen bisweilen auftretenden gefährlichen

Zufällen berichtet Verf. über eine von ihm vor Jahren mit Erfolg angewandte Methode zur Correction von Sattelnasen. Es handelt sich um die subcutane Einlegung einer Celluloidplatte. LEFFERTS.

35) **O. Laurent. Die Rhinoplastik. (La Rhinoplastie.)** *La Clinique. No. 23. 1904.*

L. bespricht zuerst die Traumen der Nase; dann die leichteren Entstellungen, schliesslich die Nasendestructionen. Er geht dann über zur Besprechung der einzelnen Operationsmethoden und deren Technik, so der totalen Rhinoplastik mit Stirnlappenbildung (Indische Methode), der totalen Rhinoplastik nach Nélaton, indicirt bei Skelettzerstörungen; der Sattelnase; den subtotalen Verlust der Nase; die interne Prothese nach Martin; Restauration der Nasenspitze, Restauration des Septums; Substanzverlust des Nasenrückens und der Nasenseitenwände etc.

BAYER.

36) **Greifenhagen. Ueber Rhinoplastik mit Demonstrationen.** (Protokoll des Revaler Aerztetages.) *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 37. 1904.*

Demonstration von zwei Fällen. In einem Falle nach Paraffin Hypereffect und Abscessbildung. Zweimal nachoperirt, Paraffinschollenentfernung und Keilincision. Schliesslich, abgesehen von Narben, guter Erfolg. P. HELLAT.

37) **J. Broeckaert. Nasenprothese vermittelst Combination von einer Autoplastik und von Paraffininjectionen. (Prothèse nasale par l'action combinée d'une autoplastic et d'injections de paraffine.)** *La Belgique Méd. No. 46. 1904.*

B. ist es gelungen, durch die geschickte Combination von Paraffininjection mit einem sehr einfachen Verfahren von Autoplastik eine infolge von lupöser Läsionen mit nachfolgender Einschrumpfung der Haut eingesunkene Nase zu restauriren und eine zu gleicher Zeit bestehende Atresie des rechten Nasenloches durch eine Mycteroplostik zu beseitigen. BAYER.

38) **Hölscher** (Ulm). **Beitrag zur Correctur von Sattelnasen durch Paraffineinspritzungen.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. No. 36. 1904.*

Kurze Mittheilung eines Falles von schwerer unregelmässiger traumatischer Verunstaltung der ganzen Nase, in welchem es gelang, in einer Sitzung von einer Einstichstelle aus die Correctur vorzunehmen. SEIFERT.

39) **A. Sigaux. Die Nachtheile der subcutanen Paraffininjectionen. (Étude sur les inconvenientes des injections sous-cutanées de paraffine.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die unangenehmen Zufälle, die bei Paraffininjectionen beobachtet worden sind. Er findet, dass die Methode zu häufig angewandt wird und dass die Fälle, in denen sie gerechtfertigt ist, selten sind.

A. CARTAZ.

40) Leo R. Grumer. **Die Behandlung der Nasendeformitäten durch subcutane Injectionen von Hartparaffin. (The treatment of nasal deformities by subcutaneous injections of hard paraffin.)** *Maritime Med. News. September 1903.*

Im ersten Fall des Verf.'s bildete sich auf der Nasenhaut ein erbsengrosser Schorf: derselbe verschwand aber wieder und liess keine Spuren zurück.

EMIL MAYER.

41) Wm. F. Clevenger. **Paraffininjectionen zur Correction von Nasen- und sonstigen Deformitäten. (Paraffinic injections for the correction of nasal and other deformities.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. März 1904.*

Um Embolie, Verbrennung und Deformitäten zu vermeiden, soll man das Paraffin von einem Schmelzpunkt von ca. 44⁰ brauchen und es in einem halbfesten Zustand injiciren. Man soll sich auch davor hüten, zu grosse Mengen einzuspritzen. Ist infolge Nichtbeachtung dieser Regel eine Deformität eingetreten, so ist diese nur auf chirurgischem Wege zu beseitigen. EMIL MAYER.

42) Szleifstein. **Ein Fall von Sattelnase mit Paraffininjectionen behandelt. (Z posiedzen laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medycyna. No. 44. 1903.*

Verf. demonstrirte in der laryngologischen Gesellschaft einen entsprechenden Fall, wo der Erfolg sich als ein sehr guter erwies. In der Discussion, an welcher sich Sokolowski, Wróblewski, Szebrny u. A. betheiligten, wurde die Frage eingehend besprochen. A. v. SOKOLOWSKI.

43) James J. Campbell. **Paraffinprothese. (Paraffin prothesis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1903.*

Infolge Injection zu grosser Paraffinmenge war ein Abscess entstanden.

EMIL MAYER.

44) Kofmann (Odessa). **Eine einfache Methode zur Wiederaufrichtung der eingesunkenen Nasenflügel.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 24. 1904.*

In Fällen von eingesunkenen Nasenflügeln empfiehlt K. Paraffineinspritzung, Narbenlösung, intracutane Spaltung des Nasenflügels und Erweiterung des Nasenloches durch Tamponade. SEIFERT.

45) Seyffert (Dresden). **Ein neues Nasenspeculum.** *Mon. f. Ohrenheilkunde. No. 10. 1903.*

Das aus zwei Branchen, welche sich durch Führungsstifte der einen in schräg zu einander stehenden Schlitzen der anderen Branche ineinander verschieben lassen, bestehende Instrument ist von H. Windler in Berlin zu beziehen und scheint manchen Vortheil zu besitzen. SCHECH.

46) Eugen Urbantschitsch. **Ein selbsthaltendes Nasenspeculum.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 12. 1903.*

Dasselbe ist zu haben bei H. Reiner (Wien IX), van Swietengasse 10 und ist an einem Brillengestelle befestigt. SCHECH.



47) **Killian** (Freiburg). **Rhinophantom zum Gebrauch des klinischen Unterrichts. (Rhino-fantome destiné à l'enseignement clinique.)** *Le Presse oto-laryngol. Belge. No. 9. 1903.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. Otho-rhino-laryngol. Gesellschaft; Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

48) **H. Zwaardemaker. Die Schluckathembewegung des Menschen.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. H. 1 u. 2. S. 57. 1904.*

Steiner beschrieb 1883 während des vom Laryng. sup. aus erzeugten Athemstillstandes abortive den Schluckakt constant begleitende Respirationsbewegungen. Beim Menschen sind sie bisher nicht genau verfolgt. An einem Patienten, dem eine grössere Zahl von Rippen resecirt und der Defect durch eine plastische Operation von Haut bedeckt war — es restirten ausser der gesunden rechten Seite links nur die zwei oberen Rippen und ein Theil der Lunge; im Grunde des Defects sah man das Herz und das hintere Mediastinum; nach unten schaute man auf das Diaphragma — beobachtete Z. mittelst des Phrenographen zunächst vollkommenen Synchronismus der drei Bewegungen der oberen Thoraxcircumferenz, des Epigastriums, des Diaphragma, ferner die Schluckathmung. Die Athembewegungen werden von dem Kauen nicht gestört. Wird aber während des Exspiriums geschluckt, so wird die exspiratorische Phase der Athembewegung verlängert; bevor sie ganz beendigt ist, schiebt sich die Schluckathmung ein, die ganze Athemperiode wird um ungefähr 25 pCt. verlängert. Wird während der Inspirationsphase auf Commando geschluckt, so wird die bereits begonnene Inspiration abortiv, d. h. es wird nur die Hälfte oder ein Drittel der gewöhnlichen Excursion erreicht und in Folge dessen fällt die Schluckathmung doch wieder in die Exspirationsphase. Spontane Schluckathembewegungen fallen stets in die Exspirationsphase; während in absichtlich hervorgerufener Athempause veranlassten Schluckens tritt auch Schluckathmung auf, desgleichen während des Trinkens: die Schluckathembewegung verzeichnet sich dabei in der nun nicht absteigenden, sondern in der horizontal geschriebenen phrenographischen Linie.

Die Exspiration, in welcher eine Schluckathembewegung eingeschoben ist, fällt anfangs steiler ab als gewöhnlich. Der sich an die Schluckathmung anschliessende Theil der Exspiration ist tiefer als der letzte Theil einer gewöhnlichen Inspirationsbewegung. Die Excursion des Diaphragma während einer Schluckathembewegung beträgt 30—60 ccm (normales Athemvolumen eines Athemzuges 250—300 ccm). Die Aspiration des Luftquantums bei der Schluckathmung erfolgt unmittelbar nach Zusammenziehung der Mylohyoidei und noch vor dem Glottisschluss durch Aufnahme eines Rhinopharyngogramms, d. h. der Curve des im Rhinopharynx herrschenden Luftdrucks. Die inspiratorische Phase der Schluckathembewegung fällt in den ersten Theil der Druckerniedrigung im Rhinopharynx. Die dabei erforderliche Luft wird aus dem Pharynx und dessen Adnexen entnommen. Durch Röntgenphotographie ist erwiesen, dass sich im Pharynx eine Luftmasse von birnenförmiger Gestalt befindet, die in der ersten Phase während des Hinauf-

steigens des Larynx verschwindet. Offenbar ist es diese Luftbirne, welche die 30—60 ccm Athemvolumen der normalen Schluckathembewegung zur Verfügung stellt. Der inspiratorischen folgt unmittelbar die exspiratorische Phase der Schluckathembewegung. Diese setzt sich in die gewöhnliche Exspiration fort, die dann meist noch nicht beendet ist.

J. KATZENSTEIN.

49) G. Galeotti. **Veränderungen des Schluckreflexes, studirt in der Königin Margeritha-Schutzhütte. (Modificazioni del riflesse della deglutizione studiate nella Capanna Regina Margherita.)** *Atti accad. dei Lincei. XIII. 4. p. 190.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

50) Daniel N. Eisendrath. **Adenom der Schleimdrüsen der Lippen als eine Ursache für Makrochilie. (Adenoma of the mucous glands of the lips as a cause of Machrochilia.)** *Annals of Surgery. September 1904.*

Der Fall wurde erfolgreich operirt; die Tumorbildung bestand aus Drüsengewebe vom Aussehen eines typischen Adenoms. Es trat kein Recidiv auf.

EMIL MAYER.

51) E. Sandelin (Helsingfors). **Cheiloplastik beim totalen Verlust der Unterlippe. Eine Combination von der Morgan'schen „Visirplastik" und der Schulten'schen Schleimhautmuschelplastik. (Cheiloplastik vid total förlust af underläppen. En Kombination af Morgans „Visirplastik" och Schulténs Slemhinnemuskelplastik.)** *Finska Läkaresälskapets Handlingar. XLVI. p. 95. 8. August. 1904.*

Die Methode giebt sehr hübsche Resultate; die Arbeit muss, als rein chirurgisch, im Original studirt werden.

E. SCHMIEGELOW.

52) Wienert (Wien). **Ueber einen Wangentumor.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1904.*

Es handelte sich um eine bisher noch nicht beschriebene Neubildung, ein Cystadenoma papillare, ausgehend von den Ausführungsgängen der Wangenschleimdrüsen mit cystischer Entartung.

CHIARI.

53) L. Thiriac. **Sarkomatöse Epulis des Oberkiefers. (Epulis sarcomateuse de la mâcheire supérieure.)** *La Clinique. No. 3. 1904.*

31jährige Frau, bei welcher sich seit Jahren ein enormer Tumor aus einer ursprünglich kleinen erbsengrossen Geschwulst im Niveau der beiden ersten oberen Backenzähne entwickelt hatte. Operation in Chloroformnarkose nach vorausgeschickter Unterbindung der Carotis ext. Tod am 5. Tage nach der Operation an Pleuropneumonie (Schluckpneumonie?).

BAYER.

54) Hicguet. **Congenitale Ranula. (Grenouillette congénitale.)** *La Policlinique. No. 11. 1904.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 15. April 1904 stellt H. ein zweimonatliches Kind vor mit einer angeborenen Ranula. Das Saugen und Schlucken geht gut von statten und das Kind erfreut sich einer blühenden Gesundheit; „es handle sich um eine congenitale Obliteration oder besser gesagt um eine Imperforation des Wharton'schen Ganges." Die Operation wird später vorgenommen werden.

BAYER.

55) **Augusto Stufler. Untersuchungen über die Fossae cribrosae des Gaumens. (Ricerche sulle fosse cribrose del palato [foveae palatinae].)** *Arch. Ital. di Otologia. 5. April 1904.*

Verf. hat seine Untersuchungen an 523 Individuen gemacht. Nach Reinigung des Theils mit Watte ist er, wenn die blosse Inspection nichts Genügendes ergab, mit einer feinen Sonde auf der Raphe und seitlich von ihr über die Schleimhaut dahin gefahren und hat so die minimalsten Vertiefungen constatiren können. Er hat, wie dies auch früher Bruno Fischer in einer Arbeit über denselben Gegenstand publicirt hat, constatiren können, dass viele Varietäten in Bezug auf Aussehen, Grösse und Zahl der Foveae palatinae existiren und zwar kann man finden

a) Grübchen, die mehr oder minder entwickelt sind und in die man bisweilen eine feine Sonde einige Millimeter tief einführen kann, meist von rundlicher Form, von denen bisweilen ein kleiner Sulcus ausgeht, der nach verschiedener Richtung verlaufen kann. Dies ist der häufigere Fall;

b) mehr oder minder lange und tiefe, gleichzeitig ziemlich markirte röhrenförmige Gänge, die der Mittellinie parallel laufen oder nicht.

Was die Häufigkeit anbelangt, so fanden sich die Foveae bei 77 pCt. aller untersuchten Personen; sie sind häufiger bei männlichen, als bei weiblichen Individuen, bei Erwachsenen häufiger als bei Kindern.

FINDER.

56) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen). **Beitrag zur Aetiologie des hohen Gaumens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 203.*

Auf Grund einer kritischen Zusammenstellung der umfangreichen Literatur dieses Themas und sorgfältiger eigener, an dem Material der Schmiegelow'schen Klinik vorgenommener klinisch-craniometrischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass weder die Leptoprosopie noch die Rachitis als eine directe Ursache des hohen Gaumens anzusehen sind; indirect können beide insofern zur Entstehung desselben beitragen, als sie zur Bildung von Septumdeviation führen, welche sehr häufig mit Hypsistaphylie zusammen vorkommt — ein Vorkommen, bei dem Verf. die Septumdeviation als das Primäre ansieht. Auch die Adenoiden betrachtet Verf. nicht als das ausschlaggebende ätiologische Moment; sie sind geeignet, den Gaumen höher zu machen, aber können bei weitem nicht immer Hypsistaphylie bewirken. Das Entscheidende ist nach Verf. die individuelle Disposition bezw. Erblichkeit: Der Gaumen trägt schon in seiner ersten Anlage den Keim der Ungleichartigkeit an sich; ob die orale Respiration oder die Septumdeviation in einem gegebenen Falle Hypsistaphylie hervorruft oder nicht, hängt davon ab, ob der Gaumen in diesem Falle ursprünglich hoch oder niedrig war.

F. KLEMPERER.

57) **Buser** (Reinach). **Sind der hohe Gaumen, Schmalheit und V-förmige Knickung des Zahnbogens, sowie Anomalien der Zahnstellung eine Folge der Mundathmung und des Wangendrucks? 514 Gesichtsschädel- und Gaumenmessungen.** *Dissertation. Basel 1904.*

Die grosse Zahl unter Leitung Siebenmann's vorgenommener Messungen an gut bezahnten, zu gleichen Theilen auf beide Geschlechter vertheilten Leben-

den sichern dieser Arbeit von vornherein besonderes Interesse. Die Gaumenhöhe wurde von der Kaufläche des Obergebisses, d. h. von der Ebene aus gemessen, welche über die Kauflächen der Molaren und Prämolaren gelegt wird; die Gaumenbreite von der Mitte der Kauflächen der ersten, sich gegenüberliegenden Molaren aus; die Länge des harten Gaumens mittelst eines an einem Ende rund umgebogenen platten Messstabes; die Höhe und Breite der Nase mit zirkelförmigen Instrumenten von dem gewohnten Messpunkte aus. Der Gaumen- und Nasenindex wurden nach der Formel $\frac{X \cdot 100}{B}$ berechnet, wie es schon Kallmann mit Gesichtshöhe und Jochbreite zur Berechnung des Gesichtsindexes gethan hatte.

Verf. kommt zur Schlussfolgerung, dass nicht die Mundathmung, noch der Wangendruck die Ursache der leptoprosopischen Gesichtsbildung sei, sondern dass umgekehrt die Mundathmung zu betrachten sei als Folge der Verlegung einer von vornherein engen nasalen Respirationsspalte, in welcher ein entsprechend hoher und schmaler Gaumen eingebaut ist. Die Kallmann'sche rassenhafte Correlation von Obergesicht, knöchernem Naseneingang und Oberkiefer- und Gaumenform, welche ihn zur Differencirung von Chamae- und Leptoprosopia in Europa führte, gehe aus den vorliegenden Maasstabellen klar hervor. Der Körner'sche Satz, dass die Rachenmandel die Mundathmung, und diese die leptoprosopische Gesichtsbildung verursacht, sei also gerade umzukehren und zu sagen, dass um so frühzeitiger eine hypertrophische Rachentonsille zur Behinderung und Aufhebung der Nasenathmung führe, je schmäler der Gesichtsschädel und der demselben eingebaute Oberkiefer ist. Die Chamäprosopen haben auch sehr häufig vergrösserte Rachenmandel, werden aber durch dieselbe wegen ihrer weiten Rachenverhältnisse nicht Mundathmer, sondern kommen oft als Gehörleidende in die Behandlung der Ohrenärzte. Sonst bleibt bei ihnen die Hypertrophie der Rachenmandel latent. Es ist daher erklärlich, dass Aerzte, welche mit Hals- und Nasenkrankheiten, und nicht mit Ohrenleiden zu thun haben, welche also hauptsächlich Leptoprosopie in Behandlung bekommen, den Eindruck erhalten, die Mundathmung sei die Ursache der Leptoprosopie. Dies hatte schon Siebenmann hervorgehoben.

Diese Arbeit mit den reichhaltigen, übersichtlichen Tabellen verdient genauer durchstudirt zu werden. Sie kann unzweifelhaft dazu beitragen, die von ihr beleuchtete Streitfrage in ihrem Sinne endgültig zu entscheiden. Die principielle Annahme dieses Standpunktes braucht jedoch logisch nicht jede Einwirkung der Mundathmung auf das Gesichtsskelett absolut auszuschliessen.

JONQUIÈRE.

58) **Eugene S. Talbot. Aetiologie der Gaumenspalte. (Etiologie of cleft palate.)** *Medicine. October 1904.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei dem Zustandekommen der Gaumenspalte embryonale Störungen der Ossificationsvorgänge mitwirken und zwar müssen die Störungen bereits sehr früh sich geltend machen, da das Ossificationscentrum des Gaumens schon früh auftritt.

EMIL MAYER.

59) **Alfredo Perugia. Carcinom des harten Gaumens mit Radium geheilt. (Carcinoma del palato duro guarito col radio.)** *Gazetta degli ospedali. No. I. 1905.*

Das Carcinom, um das es sich hier handelt, hatte einen Längsdurchmesser

von 3 cm, einen Breitendurchmesser von 2,6 cm. Die Application der Radiumstrahlen dauerte vom 29. Juni bis Ende October. Innerhalb dieser Zeit kam es zu völligem Verschwinden der Neubildung; die Schleimhaut erschien da, wo das Carcinom gesessen hatte, normal.

FINDER.

60) **Awdejew. Nekrose der Knochen des harten Gaumens. (Nekros koshei twerdawo neba.)**

Beschreibung eines Falles, in dem einem vernachlässigten cariösen Process des Zahnes Nekrose der Alveolarfortsätze und des harten Gaumens folgte.

P. HELLAT.

61) **Robert C. Myles. Erkrankungen der Speichelgänge und Speicheldrüsen und ihre Behandlung. (Diseases of the salivary ducts and glands and their treatment.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von Speichelsteinen. Er bespricht die Diagnose dieser Erkrankung und die Behandlung, für die er einzig die operative Entfernung vom Mundboden aus empfiehlt. Er räth, in jedem Falle, wenn möglich, den Ductus zu sondiren und zu dilatiren und so den normalen Speichelfluss wiederherzustellen und aufrecht zu halten.

EMIL MAYER.

62) **Beresgowski. Zur Frage der Speichelfistel traumatischen Ursprungs. (K wopresu o sljun. swistschach traumat. proishoshdenija.)** *Russ. Archiv chir. Bd. I. 1904.*

B. berichtet über einen Fall von Speichelfistel, welche direct an der Parotis sass. Es gelang Tichonow sie zu beseitigen, indem er die Drüsenkapsel eröffnete und in die Schleimhaut einnähte, während die äussere Fistel geschlossen wurde. Es wäre von grossem Interesse, bei eventueller doppelseitiger Speichelfistel festzustellen, inwieweit durch den Verlust des Parotissecretes der Allgemeinzustand alterirt wird. Wie bekannt, misst man der Parotisoxydase in der letzten Zeit hochwichtige physiologisch-chemische Functionen bei.

P. HELLAT.

63) **M. D. Lederman. Stein im Wharton'schen Gang. (Calculus in Wharton's duct.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Der Stein war complicirt mit Eiterung; auch die Submaxillar- und Sublingualdrüsen waren befallen.

EMIL MAYER.

64) **Küppers** (Bonn). **Zur Diagnose und Operation der Speichelsteine.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration eines erbsengrossen Speichelsteines, der sich im Ausführungsgange einer exstirpirten linken Glandula submaxillaris fand. Während der Nahrungszufuhr bestanden Schmerzen in der Unterkieferspeicheldrüsengegend, wo sich auf der linken Seite allmälig eine grössere Geschwulst zeigte.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **C. E. Ford. Bericht über einen Fall von Speichelstein. (Report of a case of salivary calculus.)** *Cleveland Medical Journal. October 1904.*

Der aus dem Wharton'schen Gang entfernte Stein wog ca. 4 g.

EMIL MAYER.

66) **Francesco Orta. Eine neue Complication der Parotitis. (Di una nuova complicanza della parotite.)** *Gazzett. degli ospedali. 1904.*

Verf. hat bei einer Epidemie von Parotitis in 3 Fällen das Auftreten eines Herpes zoster in der zweiten Krankheitswoche constatiren können, eine Hautaffection, die in der Gegend, wo Verf. practicirt, äussert selten ist. Verf. erklärt dies Vorkommen dadurch, dass das pathogene Agens der Parotitis oder seine Toxine einen entzündlichen Process der Ganglien hervorrufen. FINDER.

67) **E. Boddaert. Notiz über einen Fall von angeborener Pharyngealfistel. (Note sur un cas de fistule pharyngienne congénitale.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1904.*

13jähriger Knabe, angeborene kleine schräggestellte Spalte mit zwei Lippen am vorderen Rande des medialen Kopfes des Sternocleidomastoideus 1 cm oberhalb der Sternoclaviculararticulation. Die Sonde dringt schräg bis in die Nähe des linken grossen Zungenbeinhorns vor, wodurch Hustenanfälle mit Prickeln im Pharynx hervorgerufen werden. Die Existenz des Pharyngealöffnung gelang es nicht nachzuweisen. Durch Cauterisation des Fistelganges vermittelst einer langen Hohlsonde mit eingeschmolzenem Arg. nitr. gelang es, die Fistel zur Obliteration zu bringen. BAYER.

68) **G. A. Leland. Narbenstrictur des Pharynxeingangs, mittels Plastik gebessert. (Cicatricial stricture of pharyngeal orifice relieved by plastic operation.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. September 1904.*

Es wurde eine von J. E. H. Nichols (New York) empfohlene Methode der Plastik angewandt. EMIL MAYER.

69) **Trétrop. Vorstellung eines wegen Pharynxstenose tracheotomirten Kranken. (Malade trachéotomisé porteur d'un retrecissement du conduit pharyngé infranchissable.)** *Bulletin de la Soc. Méd. d'Anvers. Januar 1904.*

T. hatte den Kranken vor einigen Monaten in der Antwerpener medicinischen Gesellschaft vorgestellt; seither progressive Dilatation vermittelst eines dreiblätterigen Dilatators nach dem Typus des Laborde'schen Instruments. Die Trachealcanüle konnte vor 9 Monaten entfernt werden. BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

70) **M. Geirsvold** (Norwegen). **Das Vorkommen von Diphtheriebacillen bei gesunden Menschen. (Forekomsten af difteribaciller hos friske Mennesker.)** *Tidskrift for den norske Laegeforening. p. 820. 1903.*

Verf. hat vom 28. Mai bis 20. Juni 1903 967 Kinder in Christiana, wo im Winter 1901—1902 eine Diphtherieepidemie geherrscht hatte, untersucht und gefunden, dass 87 (9.2 pCt.) Diphtheriebacillen hatten. E. SCHMIEGELOW.

71) **P. Aaser** (Christiania). **Ueber Verhaltungsregeln gegen Diphtherie. (Om Forholdsregler mod Difteri.)** *Tidskr. f. den norske Laegeforening. p. 754. 1903.*

Verf. ist der Meinung, dass Diphtherieserum eine präventive Wirkung besitzt,

die so wirksam ist, dass sie in 97—100 pCt. das betreffende Individuum gegen Diphtherie schützen zu können scheint.

E. SCHMIEGELOW.

72) **A. Halbe. Der Kampf gegen die Diphtheritis. (La lutte contre la Diphtérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 8. 1904.*

1. Man gebe sich Mühe, die individuelle Empfindlichkeit des dem Contagium ausgesetzten Kindes durch Präventivinjectionen mit antidiphtheritischem Serum herabzusetzen.

2. Die Fälle von nachgewiesener Diphtheritis müssen gut behandelt werden, d. h. es muss sofort mit hinreichenden Dosen Serum intervenirt werden.

3. Man muss danach trachten, dass das Uebel eingeschränkt wird (obligatorische Anmeldung ist von grösster Wichtigkeit), Isolirung der Kranken etc.

4. Nach Ablauf der Krankheit ist es unumgänglich nothwendig, die nothwendigen Maassregeln zur Desinfection zu treffen. Die Kinder müssen wenigstens noch einen Monat lang nach Ablauf der Krankheit im Hause zurückgehalten werden und sollten nur, wie in Paris, auf Grund eines bakteriologischen Untersuchungsattestes, dass sie keine Träger des Löffler'schen Bacillus mehr sind, zur Schule zugelassen werden.

BAYER.

73) **C. M. F. Sinding-Larsen. Ist es nothwendig, in der prophylactischen Isolirung von „Bacillenträgern" bei Diphtherie-Epidemien fortzufahren? (Is it necessary to continue in the prophylactic isolation of the „carriers of bacilli" in the epidemies of diphtheria?)** *N. Y. Medical Record. 1904.*

Verf. hat bereits vor 3 Jahren auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen seine Zweifel ausgedrückt, ob es möglich sei, eine prophylactische Isolation von „Bacillenträgern" in latenten Fällen im Verlauf einer Diphtherieepidemie durchzuführen. Er definirt nun seine Ideen dahin, dass die latenten Fälle zwar ansteckend sein mögen, dass aber eine Isolation nicht durchzuführen sei und schlägt dafür prophylactische Seruminjectionen vor. Seine Krankenhauserfahrung hat ihm gezeigt, dass bei Abwesenkeit klinischer Symptome auf die bakteriologische Untersuchung allein kein Verlass sei.

LEFFERTS.

74) **Eeman** (Gent). **Die Prophylaxe der Diphtherie; was sie ist und was sie sein sollte. (Prophylaxie de la diphtérie; ce qu'elle est; ce qu'elle devrait être.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 11. 1903.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft, Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

75) **L. M. Powers. Uebertragung von Diphtherie. (Transmission of diphtheria.)** *Southern California Practitioner. April 1904.*

Verf. theilt eigene und fremde Erfahrungen über den Gegenstand mit.

EMIL MAYER.

76) **Fels. Croup und Diphtherie behandelt mit und ohne Serum. (Blonica i dlawiec, leczone surowi ca i bez surowicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 40, 41.*

Von 30 Fällen verschiedenartiger Formen von Diphtherie (21 den Pharynx, 7 den Pharyngolarynx, 2 den Larynx betreffend), welche mittelst Serum behandelt

wurden, wurde nur in einem einzigen, und zwar bei einem 10jährigen Kinde, Exitus letalis beobachtet.

Von 29 Fällen, welche mit verschiedenen antiseptischen Mitteln (Insufflation von Natr. sozojodolicum) ohne Serum behandelt wurden, starben 2, und zwar von den 10, die mit Larynxdiphtherie afficiert waren. Aus der Zahl von 19 Fällen, die mit Pharynxdiphtherie behaftet waren, starb ein 9monatliches Kind in der 5. Woche infolge allgemeiner Schwäche.

Die meisten Fälle wurden im Spätherbst beobachtet. Dem Alter nach gehört der grösste Theil dem 2. Lebensalter an.

Schliesslich befürwortet der Verf. die zeitige Serumapplication.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **De Stella. Ueber die Wirkung der diphtheritischen Toxine und Antitoxine. (De l'action des toxines et antitoxines diphtéritiques.)** *La Belgique Méd. No. 28. 1904.*

Man habe trotz antidiphtheritischer Seruminjectionen bei Kranken manchmal Misserfolge zu verzeichnen, weil man 1. die Injectionen in einem zu weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit vornehme und 2. man nicht das hinreichende Quantum Serum injicire.

BAYER.

78) **E. Faber** (Kopenhagen). **Der Einfluss der Serumtherapie auf die Diphtheriemortalität. (Serumbehandlingens Indflydelse paa Diphterimortaliteten.)** *Hospitals Tidende. p. 1173. 1903.*

Das Material des Verf. besteht aus 3137 Fällen, die in dem epidemischen Krankenhaus zu Kopenhagen von 1895—1902 observirt und mit Serum behandelt worden sind. Es zeigt sich, dass die Mortalität am kleinsten ist, wenn die Serumbehandlung früh eingeleitet wird, und dies ist besonders der Fall, wenn die Rachendiphtherie nicht mit Croup complicirt wird.

E. SCHMIEGELOW.

79) **H. de Stella. Toxine und Antitoxine der Diphtheritis. (Toxines et antitoxines de la diphtérie.)** *La Belgique Méd. No. 47. 1904.*

Die Quantität von Toxinen hängt ab: 1. von der Menge der Bacillen und folglich der Ausdehnung der Krankheit; 2. von der Natur der Bacillen; 3. der Dauer der Krankheit.

Die Gefahr der diphtheritischen Infection liegt: 1. in den falschen Membranen, indem sie die Asphyxie bedingen; dafür hilft die Tracheotomie oder die Intubation; 2. in den Toxinen, welche in hinreichender Menge sind, um ein zum Leben unentbehrliches Organ zu vergiften; dagegen dienen die Antitoxine des Serums.

Jedwedes Serum wirkt 1. durch Ertödten oder Erlähmung der Mikroben; 2. durch Neutralisation der Toxine; 3. durch das Vermögen, die Mikroben zu agglutiniren, letztere Eigenschaft kommt beim antidiphtheritischen Serum nicht in Betracht.

Die Neutralisation der Toxine durch Antitoxin geschieht: 1. im Blut, und zwar sofort und unmittelbar von Molekül zu Molekül; 2. in den Geweben; um dies zu bewerkstelligen, müssen die Antitoxine die gleiche Vorliebe für die Zellen und Gewebe zeigen, als die Toxine, und dass diese Prädilection existirt, beweist

Verf. experimentell und zwar in 4 Serien von Versuchen, auf Grund deren er zu den Schlüssen gelangt: 1. dass die Seruminjectionen bei constatirter Diphtheritis unter keinen Umständen aufgeschoben werden dürfen; je länger man wartet, um so grösser ist die Quantität von Toxinen, welche sich in den Geweben fixiren, wo ihre Neutralisation schwer oder unmöglich wird; 2. kommt die Quantität des zu injicirenden Serums in Betracht; nur eine lange Erfahrung in der Verwendung des Serums verbunden mit einer ganz genauen Kenntniss der jeweiligen Bösartigkeit des Diphtheritis wird uns dafür den nöthigen Anhalt gewähren. — In malignen Fällen muss man massive Dosen anwenden, dreist 30—50 ccm bei Kindern unter 5 Jahren. Es ist tausendmal besser zu viel Serum zu injiciren, als zu wenig. Wenn man im Zweifel ist über die Natur der Krankheit, injicire man Serum, ohne auf die bacteriologische Analyse zu warten. Verf. hat nie bereut, zu viel oder zu früh Serum injicirt zu haben.

BAYER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

80) **A. v. Sokolowski. Ein Fall von Perichondritis laryng. purulenta. (Przypadek perichondrit. lar. purulenta.)** *Med. No. 38. 1904.*

Bei einem 40jährigen Manne, der seit einer Woche an progressiv zunehmender Athemnoth und Schlingbeschwerden litt, wurde laryngoskopisch Oedem der hinteren Larynxwand und purulente Infiltration der linken aryepiglottischen Falte nachgewiesen. Wegen rapid zunehmender Athemnoth schritt man zur Tracheotomie. Der Kranke genas einige Tage darauf. Verf. räth in derartigen rasch verlaufenden Fällen, keine endolaryngale Incision vorzunehmen, sondern zur Tracheotomie zu greifen.

A. v. SOKOLOSWKI.

81) **Emil Mayer. Post-typhöse Perichondritis des Kehlkopfs. (Post-typhoid perichondritis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 17. September 1904.*

Verf. berichtet hier über den gegenwärtigen Zustand eines Patienten, dessen interessante Krankengeschichte er vor der 24. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft mitgetheilt hatte. Dem Patienten geht es gut. Es ist dies der erste derartige mittelst Intubation geheilte Fall. Bemerkenswerth ist ausser der Seltenheit des Falles, dass die Tube sehr lange getragen wurde und dass zuletzt nur eine Tube von der Grösse, wie sie bei Kindern gebraucht wird, angewandt werden konnte.

LEFFERTS.

82) **N. Calamida. Ueber zwei Fälle von Perichondritis laryngis. (Su due casi di pericondrite laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1904.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine ausgedehnte primäre tuberkulöse Perichondritis thyreoidea; auf der Kehlkopfschleimhaut war nicht die geringste Ulceration nachweisbar. Die linke Kehlkopfhälfte sah man bei der laryngoskopischen Untersuchung gegen das Lumen vorspringen. In der Medianlinie des Halses sah man eine hühnereigrosse, von gerötheter Haut bedeckte fluctuirende Anschwellung. Nach Operation von aussen ging auch die Schwellung im Larynx zurück. Die Heilung ging sehr langsam vor sich; trotz mehrfacher Eingriffe hörte die Eiterung nicht ganz auf, es blieb eine kleine Fistel, auf deren Grund man den

rauhen und nackten Knorpel fühlt. Es handelte sich um eine totale Nekrose der linken Schildknorpelplatte in Folge Perichondritis interna und externa.

Im zweiten Fall waren die Perichondritis des Schildbeinknorpels und die daraus folgende Nekrose desselben Folge einer secundären eitrigen Infection bei einem Carcinom der linken Hälfte des Kehlkopfinnern. Das Carcinom hatte sich anstatt nach der Kehlkopfhöhle zu auf die tieferen Gewebsschichten ausgebreitet.

FINDER.

83) **P. Egméond. Chronische obliterirende Laryngitis cricoidea. (Laryngites cricoïdiennes oblitérantes chroniques.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Verf. beschreibt unter diesem Namen eine Form von Larynxstenose, die sich bis zu völliger Verlegung des Kehlkopflumens steigern kann und für die besonders der chronische Verlauf charakteristisch ist. Sie ist zurückzuführen auf Geschwüre der Ringknorpelgegend, wie sie in Folge Intubation oder spontan nach Infectionskrankheiten entstehen. Beide Arten von Geschwüren, besonders aber die letzteren können zu Narbenstenose führen. Verf. giebt eine sehr ausführliche anatomische Beschreibung der subglottischen Region und theilt 7 Beobachtungen mit.

A. CARTAZ.

84) **Ewing W. Day** und **Chevalier Jackson. Larynxstenose nach posttyphöser Perichondritis. (Laryngeal stenosis from post-typhoid perichondritis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Verf. berichten über 2 Fälle. Im ersten Fall führten Scarificationen und Intubation nicht zum Ziel und es musste die Tracheotomie gemacht werden. Zehn Tage darauf begann die allmälige Dilatation; sie wurde 2 Monate lang ohne Erfolg fortgesetzt. Unter Chloroformnarkose wurde der Kehlkopf gespalten und der ganze Inhalt bis auf das Perichondrium excidirt, eine breite Aluminiumtube eingelegt und 2 Monate lang getragen. Pat. athmet jetzt gut und spricht mit Flüsterstimme.

Auch im zweiten Fall wurde erst tracheotomirt, dann die Thyreotomie gemacht und eine Tube eingelegt. Pat. trägt noch die Intubationstube.

EMIL MAYER.

85) **Y. Arslan. Ueber acute Larynxstenosen nach Infectionskrankheiten. (Sulla laringostenosi acuta secondaria a malattie infettive.)** *Arch. Ital. di Otologia. 5. April 1904.*

Verf. berichtet über 2 Fälle. Im ersten Falle begannen die ersten Anzeichen der Larynxstenose bei einer Frau 4 Tage, nachdem bei ihr die Embryotomie hatte vorgenommen werden müssen, während gleichzeitig ein Temperaturanstieg auf 39° und 40° vorhanden war. In den nächsten Tagen kam es zu ausgesprochener Dypsnoe. Man sah laryngoskopisch enorme Schwellung der Kehlkopfschleimhaut von den Aryknorpeln bis zu den grösstentheils verdeckten Stimmbändern. Die Rima glottidis war kaum einen Millimeter breit. Es gelang, durch Inhalationen eines Cocain-Adrenalingemisches, Anwendung von Sinapismen und innerliche Darreichung grosser Dosen Salicyl und Atropin, sowie vollkommene Ruhe die Er-

scheinungen zum Verschwinden zu bringen. Diagnose: Acute Larynxstenose secundär bei Puerperalinfection.

Der zweite Fall betraf ein 8jähriges Kind, das sich wegen Purpura mit häufigen Hämorrhagien in den Luftwegen in Behandlung befand. Es trat plötzlich eine sich zusehends verschlimmernde Larynxstenose auf; man fand bei der Untersuchung die Kehlkopfschleimhaut stark geschwollen, intensiv geröthet mit dunkelrothen Flecken darin, die Rima glottidis stark verengt. Kein Blut im Larynx. Auch hier gelang es mit derselben Behandlung, wie im ersten Fall, ohne Operation der Erscheinungen Herr zu werden. Diagnose: Acute Larynxstenose secundär bei Purpura haemorrhagica.

Auf Grund der mitgetheilten Erfahrungen räth Verf., bei diesen acuten Stenosen mit operativen Eingriffen abzuwarten, und — natürlich unter ständiger Ueberwachung der Patienten — mit den Mitteln es zu versuchen, die sich ihm bewährt haben.

FINDER.

86) **J. Sowkins. Ungewöhnliche Ursache von Kehlkopfstenose. (An unusual cause of laryngeal obstruction.)** *Australasian Medical Gazette. 21. März 1904.*

Bei einem 20 Monate alten Kind war wegen schwerer Dyspnoe die Tracheotomie gemacht worden. Sehr grosse Tonsillen und adenoide Vegetationen hatte man entfernt. Die Canüle wurde 2 Monate lang getragen; bei jedem Versuch, sie zu entfernen, trat heftige Dyspnoe auf. Nach mehrfacher Untersuchung liess sich feststellen, dass bei jeder Inspiration die Spitze der Uvula in den Kehlkopf inspirirt wurde. Ein Theil der Uvula wurde abgetragen, nach 8 Stunden konnte die Canüle definitiv entfernt werden.

A. J. BRADY.

87) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen). **Larynxstenosen.** *Ugeskrift for Laeger. No. 27 u. 28. 1904.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die in der oto-laryngologischen Abtheilung des Spitals St. Joseph (Prof. Schmiegelow) im Jahre 1901—1903 behandelten Fälle von Larynxstenosen. Im Ganzen wurden 27 behandelt. Er theile jedoch nur 8 Fälle aus dem Krankenjournal mit.

1. 4jähriges Mädchen wurde tracheotomirt, vor einem Jahre (Croup). Die Canüle konnte nicht entfernt werden trotz mehrerer Versuche. Sie wurde so am Spitale St. Joseph eingelegt: Durch Tracheotomie wurde die Canüle unterhalb Cart. cricoidea eingelegt, darauf Laryngofissur; 1 cm unter der Rima glottidis fand sich ein festes, fibröses, $^1/_2$ cm breites Diaphragma, dieses wurde gespalten und Mikulicz's Glasdilatator eingelegt. Einige Tage später Intubation, welche 1 Jahr lang fortgesetzt wurde. Pat. geht nun (3 Jahre später) mit permanent geschlossener Canüle. Laryngoskopisch keine Verringerung des Lumens. Die Beweglichkeit der Stimmbänder ist eingeschränkt. Sie spricht deutlich, aber mit etwas klangloser, flüsternder Stimme.

2. $1^3/_4$jähriger Knabe trank vor einem Monat Salzsäure, kam ins Spital und wurde tracheotomirt. Decanülement gelang nicht; laryngoskopische Untersuchung unmöglich; bei Palpation fühlte man das Innere des Kehlkopfes etwas verkleinert. Intubation 1 Monat lang täglich fortgesetzt, darauf während der Dauer 1 Monats

alle 2 Tage. Da er auch dann die Canüle noch nicht entbehren konnte, wird die Intubation verschoben, bis er etwas älter ist.

3. 13jähriges Mädchen. Im Alter von 6 Jahren Scharlach und Croup; Tracheotomie. Seit dieser Zeit ist sie mit Canüle gegangen; die Stimme ist ganz gut und deutlich. In Narkose wird die Canüle entfernt und die Respiration ist mit geschlossener Trachealfistel vollständig hinreichend. Sie athmet nun zwei Monate ohne Canüle; bekommt dann Bronchitis und schwierige Respiration, weshalb die Canüle von neuem eingelegt wird. Darauf 1 Monat Intubation. Sodann stopft man die Canüle zu und hört mit der Intubation auf. $^1/_2$ Jahr später wurde sie entlassen und geht immer mit geschlossener Canüle. Spricht ganz gut. Laryngoskopisch zeigen die Stimmbänder normale Farbe, sie verharren in gegenseitiger Entfernung von ca. 2 mm und werden bei der Inspiration noch ein wenig adducirt. Abduction findet nicht statt. Unter den Stimmbändern sieht man perichondritische Verdickungen.

4. 2jähriges Mädchen. Während der letzten 5 Monate wurde sie immer mehr heiser und zuletzt völlig aphonisch. Mehrmals Erstickungsanfälle; darum Tracheotomia inf. Da Decanülement unmöglich war, wurde sie im Spitale St. Joseph's aufgenommen. In Narkose wird sie laryngoskopirt; in dem Larynx finden sich eine Menge Papillome. Da das Kind zu klein ist, wird die Behandlung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

5. 6jähriger Knabe. In 1898 Tracheotomie (Croup). Die Canüle konnte später nicht entfernt werden. Am 5. 10. 1901 wurde er im St. Joseph's-spital aufgenommen. Die Canüle liegt im Spatium crico-thyreoideum; fast keine Luftpassage durch den Kehlkopf. In Narkose wird am ersten Tage Tracheotomia inferior, 3 Tage später Laryngofissur gemacht. Die Verengerung ist ca. 1 cm lang, fibrös; sie wird gespalten und eine Glasschornsteincanüle eingelegt; 3 Tage später Intubation. Dieselbe ist schwierig und erfordert jedes Mal eine leichte Narkose. Intubation im ersten Jahre zweimal die Woche, darauf einmal und nun ist auch die Trachealcanüle zugepfropft. Den 13. 5. 1903 wird er entlassen. Laryngoskopisch sind nun die Stimmbänder normal und beweglich. Eine Verdickung der hinteren Wand innerhalb der Stimmbänder ist schuld an der Verengerung. Er spricht verständlich mit leicht flüsternder Stimme.

6. 44jähriger Mann. Es handelte sich um eine syphilitische Perichondritis, welche zur Anchylose der beiden Crico-arytaenoidal-Gelenke geführt hatte. Im Sommer 1903 starb er an Lungentuberculose (s. Int. Centralblatt f. Laryngol. 1904. S. 92).

7. $1^3/_4$jähriger Knabe. Vor 2 Monaten Tracheotomie wegen Dyspnoe und kurz darnach wird etwas Eiter spontan durch den Mund entleert. Alle nachher angestellten Versuche zur Entfernung der Canüle mussten wegen schnell auftretender Dyspnoe aufgegeben werden. Aufgenommen den 6. 1. 03. Die Canüle liegt im Spatium crico-thyreoid. Um den Rand der inneren Trachealöffnung sieht man viele Granulationen. In Narkose Tracheotomia inferior; wegen der Kleinheit des Knabens wird die weitere Behandlung verschoben.

8. $2^1/_2$jähriger Knabe. Ein Fall von Laryngitis chronica hypoglottica.

SCHMIEGELOW.



88) **Simmonds** (Hamburg). **Ueber die Anwendung von Gipsabgüssen zum Nachweis von Trachealdeformitäten.** *Verhandl. der pathol. Gesellschaft 1904.*

Die Bronchialenden werden mit Korkstücken verstopft, die Trachea an einem durch die Epiglottis gezogenen Faden aufgehängt und Gypsbrei eingegossen; schneidet man nach seiner Entfernung die Luftröhre auf, so erhält man ein vortreffliches Negativ.

Diese Untersuchungen haben gezeigt, dass die Trachea in den ersten Lebensjahren äusserst eng ist, dass bis zum 10. Lebensjahre keine merkliche Verschiedenheit zwischen beiden Geschlechtern besteht, die Unterschiede in der Weite vielmehr erst später auftreten.

Man sieht an den Gypsmodellen eine Furche der Trachea da, wo die Anonyma sie kreuzt; der Aortenbogen macht einen leichten Eindruck an der linken Seite dicht oberhalb des Hauptbronchus; die vergrösserte Schilddrüse verursacht eine Einengung. Ist sie auch nur wenig vergrössert, so macht sie bei tracheotomirt gewesenen Patienten eine Stenose, weil der nur membranöse Verschluss der früheren Tracheotomieöffnung nachgiebig ist.

Ausserdem beobachtete S. scheinbar idiopathisch auftretende Formveränderungen wie Abplattung der Luftröhre im sagittalen Durchmesser, unregelmässige Ektasien, dreieckigen Querschnitt, sackige Ausbuchtungen der Pars membranacea und senile Säbelscheidentrachea.

Benda glaubt, dass bei hochgradigen Verengerungen der Gypsbrei durch dieselben nicht hindurchdringe und plaidirt für seine Methode der Anfertigung von Querschnitten der gehärteten Trachea.

Ziegler bemerkt, dass Knorpelwunden der Luftröhre auch knorplig heilen können.

Beneke hält die senile Säbelscheidentrachea für eine Folge einer Bronchitis; in Folge der braunen Degeneration der Knorpelringe tritt eine Elasticitätsverminderung derselben ein, und durch die Hustenanfälle findet eine starke Einwirkung der querverlaufenden Muskelzüge auf die Knorpelspangen statt, so dass in ihrem vorderen Theile eine Knickung resultirt.

Ponfick glaubt dagegen, dass häufig die Säbelscheidentrachea das primäre sei und das Emphysem erst secundär entstehe.

A. ROSENBERG.

89) **Umber** (Altona). **Plastische Ausgüsse der Trachea und des rechten Hauptbronchus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. Vereinsbeilage. 1904.*

Dem sehr kachektischen Patienten war bei heftiger Nasenblutung Blut in die tieferen Luftwege geflossen und hatte zur Bildung solider, weisslichgrauer Fibringerinnsel geführt, die ausgehustet plastische Ausgüsse jener Canüle darstellten. Aehnliche Ausgüsse waren im Oesophagus zu Stande gekommen.

Die Form der Bronchialausgüsse, der Lungenbefund und eine geschwollene Lymphdrüse erweckten den Verdacht auf Lungentumor, der später durch die Section bestätigt wurde. Es handelte sich um ein primäres Rundzellensarkom.

ALBANUS (ZARNIKO).

90) Löhrer. **Ein Fall von vollkommener Ausstopfung der Trachea durch ver-verkäste und gelöste Bronchiallymphknoten nach Perforation in den Anfangstheil des rechten Bronchus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1904.*

Der Fall betraf einen 4jährigen Knaben, bei dem ganz plötzlich ein Erstickungsanfall aufgetreten war, dem er trotz Tracheotomie erlag. Die Section ergab primäre Tuberculose der bronchialen Lymphknoten der rechten Seite.

SCHECH.

91) Gaudiani (Rom). **Durchbruch eines tuberculösen Lymphdrüsenabscesses in die Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1904.*

3 Jahre altes Kind. Fieber, Husten, Athembeschwerden. Am 3. Tage Aufnahme. Befund: erhebliche Aphonie, Dyspnoe, Rachen stark geröthet, Gaumenmandeln mit kleinen nekrotischen Herden, 38,5°. beschleunigter Puls. Einspritzung von Diphtherieheilserum. Besserung, doch am 3. Behandlungstage plötzlich Dyspnoe, Cyanose. Trotz Tracheotomie Exitus. Section. Trachea ohne Stenose, bis an die Bronchien von Drüsenpacketen umgeben. Peribronchiale Drüsen tuberculös infiltrirt. Etwas über der Bifurcation in der Vorderwand der Trachea eine linsengrosse Oeffnung, durch die ein Theil der käsigen Massen des Innern der Drüsenpackete ins Lumen der Trachea gedrungen und dann beide Bronchien 2 cm weit erfüllt hatte. Der linke Bronchus war dicht verstopft, nur der rechte liess noch eine feine Sonde passiren.

ALBANUS (ZARNIKO).

92) J. Mac Fadden Gaston. **Tracheotomie wegen Schusswunden der Luftröhre. (Tracheotomy for gunshot wounds of the trachea.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1904.*

Es wird über einen ein 8jähriges Mädchen betreffenden Fall berichtet. Die Incision lag mehr lateralwärts als an der Vorderwand der Luftwege. Die Heilung war ausgezeichnet.

LEFFERTS

93) Charles A. Service. **Ruptur der Trachea während der Geburtsarbeit. (Rupture of the trachea during labor.)** *N. Y. Medical Journal. 10. December 1904.*

Bei einer 29jährigen Primipara ging die Geburt zuerst vollkommen normal vor sich, die Uteruscontractionen waren nicht heftiger als normal, auch klagte die Gebärende nicht über aussergewöhnliche Schmerzen. Schliesslich erwies es sich nöthig, die Zange anzulegen. Als der Arzt, um einige Vorbereitungen zu treffen, das Zimmer verliess, lief ihm die Wärterin nach: „Die Patientin habe plötzlich auf der linken Seite des Halses und Gesichts angefangen anzuschwellen.“ Man fand das subcutane Gewebe und Sternoclaviculargelenk bis zum Mundwinkel ausgesprochen emphysematös und auf Druck empfindlich. Patientin wurde chloroformirt und schnell entbunden. Das Emphysem breitete sich schliesslich auf den ganzen Rumpf und beide Arme aus; beide Augenlider waren völlig geschwollen. Am 11. Tage war die Schwellung völlig verschwunden. Die Resorption war augenscheinlich günstig beeinflusst durch Application von heissem Alkohol zwei- bis dreimal täglich.

LEFFERTS.

94) **Szumlanski. Ein Fall von Fremdkörper in der Luftröhre. (Przypadek ciała obcego w oskrzelu.)** *Med. No. 38. 1904.*

Ein Kranker, dem bei Chloroformnarkose ein Zahn extrahirt wurde, bekam plötzlich heftigen Athemnothanfall und allmälig entwickelten sich bei ihm physikalische Erscheinungen eines pleuritischen Exsudats. Im Augenblick, wo man zur Pleurotomie schritt, bekam der Kranke einen heftigen neuen Hustenanfall und hustete den Zahn heraus. Er genas bald darauf.

A. v. SOKOLOWSKI.

95) **Witzel** (Bonn). **Entfernung eines Polsternagels aus dem mittleren Bronchus zweiter Ordnung rechts.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. Vereinsbeilage. 1904.*

Nach tiefer Tracheotomie konnte der Nagel von der Trachealwunde aus, deren Ränder an durchgelegte Silberdrahtschlingen als Handhaben gut nach den Seiten, um die Winkel zwischen Trachea und Bronchien auszugleichen, verzogen werden konnten, entfernt werden. Empfehlung dieses Verfahrens vor dem der Killian'schen Bronchoskopie.

ALBANUS (ZARNIKO).

96) **Killian** (Freiburg). **Mein sechszehnter bronchoskopischer Fremdkörper-Fall.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. 1904.*

56 Jahre alter Landwirth aus Belgien verschluckte vor 3 Monaten ein Knochenstück. Danach Erstickungsanfall, Husten, Kurzathmigkeit und Stridor. Keine Pneumonie, kein Fieber. Ueber der linken Lunge Percussionsschall abgekürzt, Stimmfremitus abgeschwächt. Athemgeräusch links schwächer gehört, von stridorösem Geräusch begleitet. Diagnose: Fremdkörper im linken Hauptbronchus. Röntgenuntersuchung resultatlos. In Chloroformnarkose bei hängendem Kopf Cocainisirung des Larynx, Einführung eines 20 cm langen, 14 mm dicken Rohres in die Trachea, „Cocainisirung der Trachea und des linken Bronchus, Durchführung eines Rohres von 32 cm Länge und 11 mm Durchmesser". Vordringen bis zur Bifurcation und linkem Hauptbronchus, wo „nach kurzem Vorschieben der Knochen, von gerötheter Schleimhaut umgeben", gesichtet wird. Extraction mit Röhrenpincette. Der Knochen, 2 : 1 : 0,5 m, war von stinkendem Eiter umgeben. Athmung frei. Heilung.

ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Nehrkorn** (Heidelberg). **Zur directen Bronchoskopie zwecks Extraction quellbarer Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1904.*

1. $3^1/_2$jährigem Knaben wird eine Bohne aus dem linken Hauptbronchus durch obere Bronchoskopie (v. Eicken) extrahirt. Dauer bis zur Entfernung der letzten Bröckel der Bohne 3 Stunden. Controle halber dann zur unteren Bronchoskopie Tracheotomie. 2. 3jähriger Knabe hat eine Bohne aspirirt. Nach einem Erstickungsanfall Tracheotomie. Die Bohne liess sich mit feiner Gallensteinzange extrahiren. 3. 4jähriges Mädchen, Diagnose auf Bohne im linken Hauptbronchus oder Trachea gestellt. Obere Bronchoskopie. In 3stündiger Chloroformnarkose zwei Drittel der Bohne entfernt. Nach 30 Stunden Erstickungsanfälle, deshalb Tracheotomie mit Erfolg.

Typisch ist, dass bei quellfähigen, aspirirten Fremdkörpern nach Ueberstehen des ersten Reizes nach Eintritt des Quellens neue Symptome auftreten,

Von den 6 bekannten Fällen 3mal primär die untere, 3mal die obere Bronchoskopie; aber es blieb nur ein Fall ohne Tracheotomie. Verf. empfiehlt wegen der schwierigeren Einführung der bronchoskopischen Röhren in Trachea und Bronchien bei kleineren Kindern und wegen des verhängnissvollen Druckes bei langem Liegen der Röhren im Kehlkopf — secundäre Schwellungen — „bei Aspiration von Bohnen oder sonstigen quellbaren Körpern seitens junger Kinder“ „von vornherein auf die directe obere Bronchoskopie zu verzichten“ und Tracheotomie und untere Bronchoskopie zu wählen.

ALBANUS (ZARNIKO).

98) **Heydenreich** (Bremen). **Ein bronchoskopischer Fremdkörper-Fall.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1904.*

In die Noltenius'sche Klinik kam ein 6jähriges Mädchen, das eine Erbsenschale verschluckt haben sollte. Seitdem Hustenreiz, Athembeschwerden. Bei Exspiration über der Lunge ein klappendes Geräusch wahrnehmbar. In Chloroformnarkose am hängenden Kopf Eingehen mit bronchoskopischem Rohr von 25 cm Länge und 8 mm Durchmesser. In der Trachea braune Glasperle sichtbar, die mit Schleim ausgehustet wird, als ein stärkeres Rohr eingeführt werden soll. Tags darauf wegen heftiger Athemnoth Tracheotomie — wahrscheinlich Schwellungen der Kehlkopfschleimhaut —, Temperatur 40°. Zunehmende Bronchitis (der Fremdkörper lag schon 14 Tage) — schliesslich Heilung.

ALBANUS (ZARNIKO).

99) **Manasse** (Strassburg). **Verschluckter Kleiderhaken.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 48. Vereinsbeilage. 1904.*

Von 8jährigem Knaben wurde vor 6 Monaten — seitdem heiser — ein Kleiderhaken verschluckt, der in der Gegend des rechten Morgagni'schen Ventrikels, das rechte Stimmband überragend, sichtbar und unbeabsichtigt durch die Kehlkopfsonde — der Sondenknopf klemmte sich in die Branchen des Hakens ein — entfernt wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

f. Schilddrüse.

100) **F. Livini. Ein Fall von erheblicher Reduction des Thyreo-parathyreoapparats bei einer Frau. (Sovra un caso di notevole riduzione dell'apparecchio tiro-paratireideo in una donna.)** *Sperimentale, Arch. di Biol. norm. e patol. Anno 58. Fasc. 1. p. 159. Rendic. Accad. med. fis. Fiorentina 17. December 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

101) **A. de la Chapelle** (Finland). **Drei Fälle von infantilem Myxödem. (Tre fall af infantiel myxödem.)** *Finska Läkaresällskap. handl. Bd. XLV. p. 645.*

In allen 3 Fällen wurde ein gutes Resultat mittels Thyreoidinbehandlung erreicht.

E. SCHMIEGELOW.



102) **V. Christensen** (Kopenhagen). **Versuch einer Behandlung von Morbus Basedowii mittels Milch von thyreoidectomirten Ziegen. (Forsög paa Behandling af Morb. Basedowii med Mälk af thyreoidektomerede Geder.)** *Ugesk. f. Läger. p. 1139. 1903.*

Verf. hat 2 Patientin auf diese Weise behandelt. Sie wurden gebessert, und die Fälle ermuntern zu weiteren Versuchen.

E. SCHMIEGELOW.

103) **Notiz des Herausgebers. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. (The surgical treatment of Graves' disease.)** *International Journal of Surgery. September 1903.*

In Anbetracht der Aussichtslosigkeit sonstiger therapeutischer Maassnahmen und der geringen Operationssterblichkeit empfiehlt Verf. die chirurgischen Eingriffe; es seien 60 pCt. Heilungen und 15 pCt. Besserungen vorhanden.

EMIL MAYER.

104) **George Murray. Notiz über die Serumbehandlung des Morbus Basedow. (Note on the serum treatment of exophthalmic goitre.)** *Lancet. 27. August 1904.*

Kurze Zusammenfassung der von Moebius, Portis, Lepine und Andern stammenden Arbeiten.

Verf. fütterte Kaninchen 33 Tage lang mit Schilddrüsenextract. Sie wurden getödtet, indem man sie verbluten liess; das Serum wurde gesammelt. Einer 20jährigen Patientin mit Morbus Basedow wurden 6 Wochen hindurch täglich 3—10 ccm von dem Serum verabfolgt. Sodann wurde 14 Tage lang das Moebius-sche Serum gegeben. Es liess sich keine merkbare Veränderung nachweisen. Eine andere 19jährige Patientin wurde ebenso behandelt ohne besonders guten Erfolg.

ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

105) **Lalagüe. Ueber die Tuberculose der Speiseröhre. (De la tuberculose de l'oesophage.)** *Thèse de Bordeaux. 1903.*

Die Tuberculose der Speiseröhre ist selten. Man beobachtet Ulcerationen, Granulationen oder Tuberkel und Perforationen. Die Affection kommt in der kachektischen Periode vor. Die Prognose ist sehr trübe, die Behandlung kann nur eine palliative sein.

E. J. MOURE.

106) **Rocher. Ueber einen Fall von Speiseröhrentuberculose. (A propos d'un cas de tuberculose de l'oesophage.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 36. 1904.*

Der Fall wurde bei einem jungen Mädchen beobachtet, bei dem in Folge von Aetzung mit Kali causticum eine Verengerung der Speiseröhre bestand. Die Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt.

E. J. MOURE.

107) **J. E. Thompson. Strictur der Speiseröhre infolge von Typhusgeschwüren. (Stricture of the oesophagus due to typhoid ulceration.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juli 1904.*

Verf. theilt 3 Fälle mit; 9 andere hat er in der Literatur auffinden können.

Im ersten Fall konnte anfangs durch Dilatationsmethoden etwas Besserung bewirkt werden, jedoch starb der Pat. schliesslich in Folge Unfähigkeit zu schlucken. Eine gleiche Behandlung brachten im 2. und 3. Fall dauernde Besserung. Ueber die wahre Natur der Oesophagusulcerationen beim Typhus besteht noch keine Klarheit. Wahrscheinlich ist, dass die Geschwüre im unteren Theil Folge einer peptischen Digestion der Schleimhaut sind. Bemerkenswerth ist, dass von den 12 mitgetheilten Fällen 11 Männer betreffen.

LEFFERTS.

III. Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

30. Sitzung vom 26. October 1904.

Vorsitzender: Schmiegelow.
Schriftführer: Jörgen Möller.

I, Vald. Klein: Ein Fall von Tuberculosis nasi.

Schon vor 9 Jahren war die linke Nasenhälfte wegen Verstopfung kauterisirt worden; die Symptome haben sich seitdem nicht wesentlich geändert. Man sieht besonders an der unteren Muschel, aber auch auf dem Nasenboden zahlreiche kleine, flache, grauröthliche Knötchen, welche bei Sondenberührung leicht bluten.

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

31. Sitzung vom 30. November 1904.

I. Soph. Bentzen: Linksseitige Recurrensparalyse.

Ein 77jähriger Mann hatte seit einem Jahre in Zwischenräumen von ein paar Wochen wiederholte Anfälle von Schwindel und Heiserkeit; der Schwindel dauert gewöhnlich nur einige Stunden, die Heiserkeit einige Tage. Letzter Anfall vor 7 Wochen; seitdem hält sich die Heiserkeit jetzt unverändert. Das linke Stimmband steht in Medianstellung unbeweglich, ist weiss, ein wenig exkavirt; bei der Phonation bewegt sich das rechte Stimmband nach links, aber nur die etwas pachydermisch verdickten, den Proc. vocales entsprechenden Partien gelangen zur Berührung. Die übrige Untersuchung ergiebt nichts Besonderes, nur geringe Arteriosklerose und Lungenemphysem. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Paralyse centralen Ursprungs im Anschluss an einen kleinen apoplektischen Anfall.

II. Soph. Bentzen: Corpus alienum laryngis.

B. demonstrirte den Fremdkörper, ein zusammengeballtes Stückchen Eisendraht, das er aus dem Kehlkopfe eines 3jährigen Knaben entfernt hatte. Der Junge hatte plötzlich 5 Wochen vorher ohne bekannte Ursache stenotische Erscheinungen bekommen. Es wurde Tracheotomie vorgenommen, die Larynxstenose aber bestand unverändert. Es gelang nicht durch die in Narkose ausgeführte Laryngoskopie und Autoskopie eine Diagnose zu erreichen, erst die Digitalexploration ergab im rechten Sinus Morgagni ein spitzes Körperchen, das nunmehr mit einiger Beschwerde extrahirt werden konnte.

32. Sitzung vom 21. December 1904.

In der wissenschaftlichen Sitzung wurde nur Otologisches verhandelt, in der darauf folgenden administrativen Sitzung wurden als Würdenträger für das kommende Jahr gewählt:

Präsident: A. Grönbeck,
Vicepräsident und Schatzmeister: Jörgen Möller,
Schriftführer: Soph. Bentzen. Jörgen Möller.

b) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 9. Juni 1904.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: K. v. Schiller.

1. E. v. Navratil: Ueber die Indicationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses.

Vortragender stellt, gestützt auf mehr als hundert Fälle, die Indicationen zur Operation und deren Methoden bei Kehlkopfkrebs seinen Erfahrungen gemäss fest. Er legt besonderes Gewicht bei der Indication auf die Eigenart des Kehlkopfkrebses und unterscheidet zwischen den weniger gefährlichen Plattenepithel- und Basalzellenkrebsen einerseits und den bösartigen verhornten Plattenepithelkrebsen und Medullarcarcinomen andererseits.

Er kennzeichnet die beiden ersten Eigenarten als solche, welche in jedem Stadium mit günstigem Erfolge operirbar sind. Im Anfangsstadium ist noch — obwohl in den selteneren Fällen — ein endolaryngealer Eingriff von Erfolg (B. Fränkel); in etwas vorgeschrittenerem Stadium macht er die Laryngofissur ohne präventive Tracheotomie, mit Entfernung des erkrankten Theiles im gesunden Gewebe, und schliesst die Keklkopfwunde. In noch vorgeschritteneren Fällen — und diese waren die häufigeren — spaltet er den Kehlkopf nach vorangegangener Tracheotomie und entfernt alles Krankhafte ebenfalls im gesunden Gewebe (partielle Resection). Die Heilung geschieht bei offener Wundbehandlung und der Ernährung mittelst Schlundsonde. In diesen Fällen gelingt es, die Sprache des Kranken noch vernehmbar zu erhalten, etwas seltener das Athmen per os. Wenn die Erkrankung aber mehr als die Hälfte des Kehlkopfes ergriffen hat, vollführt er in allen Fällen die totale Exstirpation. Gelingt es, einen langen Stumpf der Trachea zu gewinnen, so näht er ihn an die Hautwunde; widrigenfalls schliesst er die Trachea — um einer Infection vorzubeugen — mit einigen Knopfnähten. Er näht nie den Oesophagus an die Wundränder, behandelt offen und ernährt den Kranken 6—8 Tage durch die Schlundsonde; gestattet das freie Schlucken nur dann, wenn die Granulation eine vorgeschrittenere ist. So vorgegangen, hat er bei beiden diesen Operationen eine infectiöse, septische Bronchopneumonie vermeiden können. Da er ein grösseres Gewicht auf die Vermeidung der Schluckpneumonie (durch Schliessung der Luftröhre) legt, als auf die Möglichkeit der künstlichen Sprache, so hat er die Bruns'sche Schluck- und Phonationscanüle — obwohl sie sehr ingenös ist — nicht in Anwendung ge-

bracht. Er beobachtete Fälle, wo theils durch, theils neben der Canüle, flüssige Speise und Getränke während des Schluckens aus der Wundöffnung flossen. Die Gluck'sche Phonationscanüle — die ebenfalls sehr sinnreich ist — könnte wohl verwendet werden, doch begnügen sich die Kranken infolge der Umständlichkeit ihrer Anwendung gewöhnlich mit der Lippensprache und dem Schreiben.

Im Fallle von geringfügiger Metastase der regionären Drüsen entfernt er dieselben vollkommen.

Besteht bei dem Kranken eine complicirende Bronchitis, so macht er vorher die Tracheotomie und erst nach Rückbildung der bronchitischen Symptome die Resection oder die totale Exstirpation und legt Gewicht auf dieses Vorgehen mit besonderer Berücksichtigung der, nach der Operation bei vorher bestandener Bronchitis sehr leicht auftretenden Bronchopneumonie.

Er vermeidet gern die Operation, wo die Erkrankung der vorderen Wand des Oesophagus constatirbar ist (sicheres Zeichen: schweres Schlucken).

Bei verhornten Plattenepithel- und den Medullarcarcinomen, sowie bei Greisen enthält er sich sowohl der Resection, als der totalen Exstirpation und begnügt sich bei eintretender Suffocation mit der Tracheotomie und erwähnt des Falles eines 76jährigen Greises, der bei einem verhornten Carcinom noch 2 Jahre nach der Operation lebte.

2. K. v. Schiller: Zwei Fälle von Laryngosklerom.

Erster Fall. Sklerom der Nasenhöhle und des Larynx; Dyspnoe; O-Dwyer-sche Intubation mit Erfolg vorgenommen; nach der Intubation auftretendes Fieber ganz analog dem Katheterfieber.

Zweiter Fall: Der Kranke wurde vor Jahren nach erfolgloser Intubation tracheotomirt und sodann erfolgreich mittelst Intubation behandelt und als beinahe geheilt entlassen. Recidiv. Wieder Intubation mit wenig Erfolg.

Sitzung vom 13. October 1904.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: K. v. Schiller.

1. E. v. Navratil: Stirnhöhlenempyem, radical operirt und geheilt.

Nachdem durch Ausspülungen der Stirnhöhle keine Besserung erreicht wurde, Operation am 13. September.

Bogenförmiger Schnitt durch die Augenbraue. Periost wird hinaufgeschoben und eine 4 mm breite Knochenspange gebildet. Die vordere Wand wird nur theilweise entfernt. Der Schnitt nach unten auf die Nase verlängert und der Processus frontalis des Kieferbeins durchmeisselt. Die Schleimhaut der Stirnhöhle, sowie die vorderen Siebbeinzellen wurden excochleirt. Die untere Wand der Stirnhöhle wird erhalten. Drainage durch die Nasenhöhle. Am 6. Tage Entfernung der Nähte, Heilung per primam. Nächsten Tag wird die Drainröhre entfernt.

Die Schmerzen hörten auf, die Secretion verminderte sich. Am 3. Octbr. kein Secret mehr vorhanden.

Der Erfolg der Operation ist ein vollkommener, sowohl in Betreff der Restitution des Gesundheitszustandes als auch in kosmetischer Beziehung, da der Kranke sich vollständig wohl fühlt und an der Operationsstelle nicht die geringste Entstellung wahrnehmbar ist.

Vortragender meint, dass es nicht in allen Fällen nothwendig ist, die Killian-schen Vorschriften in Allem zu befolgen, sondern dass die Operationsmethode immer dem Falle angepasst werden muss, da — wie es auch dieser Fall demonstrirt — es auch bei geringerem Eingriffe möglich ist, einen vollkommenen Erfolg zu erzielen.

Stellt den Kranken und 2 Röntgenaufnahmen vor.

2. K. v. Schiller: Recurrenslähmung, durch einen Tumor mediastini bedingt.

Der Tumor — wie durch Percussion, Auscultation und Radioskopie nachgewiesen wurde — ist unabhängig vom Herzen und den grossen Gefässen.

3. Lipscher: Polypus cavi nasopharyngealis.

Bei der Rhinoskopia posterior ist eine kleinbirnförmige, graue Geschwulst zu sehen, deren Oberfläche grau schimmernd, glatt und derb anzufühlen ist und fast das ganze Cavum ausfüllt. Die Geschwulst hängt durch einen breiten Ansatz mit dem Fornix und der linken oberen Muschel zusammen. Die Entfernung der Geschwulst beabsichtigt v. Navratil mit der galvanocaustischen Schlinge auszuführen. Neuerliche Vorstellung nach der Operation. v. Navratil.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 13. November 1903.

Vorsitzender: Wyatt Wingrave.

Wyatt Wingrave: Fall von persistirender oberflächlicher Hyperämie der Nase durch Entfernung adenoider Vegetationen geheilt.

Der 21 jährige Patient war Abstinenzler. Die seit 10 Jahren bestehende leuchtende Röthe der Nasenhaut wurde durch eine auf Erleichterung der Verdauungsthätigkeit gerichtete Behandlung nicht beeinflusst. Die Hautgefässe innerhalb der rothen Partie waren erweitert. Einen Monat nach Entfernung der adenoiden Vegetationen hatte die Nase normales Aussehen.

Mayo Collier fand öfters solche Nasenröthe als Folge einer Nasenverstopfung durch Muschelhyperplasie.

Dundas Grant meint, dass oft Entzündung des Vestibulum nasi als Ursache für die Nasenröthe anzuschuldigen sei.

Mayo Collier: Stirnhöhlenempyem.

Es handelte sich um einen 50 jährigen Mann, der dreimal wegen Stirnhöhlenempyem operirt wurde. Zweimal trat ein Recidiv ein, weil die Oeffnung nach der Nase zu stenosirte. Die dritte Operation bestand nur in Curettage des Infundibulum und Beseitigung der Stenose. Pat. schien geheilt. Es wird auf die Nothwendigkeit hingewiesen, in allen Fällen von Nebenhöhleneiterung die Stenose zu beseitigen.

Dundas Grant, Barwell und Bark betheiligen sich an der Discussion.

Dundas Grant: Fall von Fibrom des Nasenrachens, von der Pterygoidregion ausgehend bei einem 12jährigen Knaben. Entfernung.

Jobson Horne: Fall von Papillom der Nasenmuschel.

Haslam: Ein verbesserter Perforator für die Kieferhöhle.

Percy Goldsmith: Ein ungewöhnlicher Fall von Kieferhöhlenempyem.

Das Antrum wurde in der Fossa canina geöffnet, um die Entfernung einer vom Patienten selbst eingeführten Irrigationsröhre ermöglichen zu können. Die Oeffnung wurde in Höhe des dritten Molarzahns angelegt. Das Röhrchen konnte nicht gefunden werden, dagegen entdeckte man in der äussern und hintern Wand der Höhle Fistelöffnungen und Eiter. Einige Tage später wurde die Tube vom Patienten in seinem Rachen gefunden.

Stuart Low nimmt an, dass es sich um eine Teilung der Kieferhöhle gehandelt habe und dass die Fistel in dem lateralen Theil derselben sich befand.

Bark: Fall von Rhinitis caseosa.

24jährige Frau; seit 2 Jahren Absonderung aus der Nase. In der linken Nase fand man krümelige, fade riechende Massen, die nach der Entfernung nicht wiederkehrten. Eine Untersuchung des entfernten Materials wird nicht angegeben.

Dundas Grant hat mehrere derartige Fälle gesehen. Er glaubt, dass ein wesentliches Moment für ihr Zustandekommen in der Metaplasie des Cylinderepithels in Pflasterepithel besteht; es folgt dann Desquamation desselben und Anhäufung der desquamirten Epithelmassen. So hat er vor Kurzem bei einer Frau die linke Kieferhöhle mit käsigem Material angefüllt gefunden.

Sitzung vom 29. Januar 1904.

Vorsitzender: John Bark.

Kelson: Laryngitis bei einem 20jährigen Mädchen.

Stuart Low: Nasenpolypen bei einem 7jährigen Knaben.

Andrew Wylie: Fall von primärem Lippenkrebs bei einem Weibe.

Derselbe: Fall von — wahrscheinlich maligner — Neubildung des Oesophagus mit Lähmung der Stimmbänder bei einer 69jährigen Frau.

9 Monate früher begannen Schluckbeschwerden, seit 6 Monaten besteht Lähmung des linken Stimmbandes. In einer Entfernung von 7 Zoll von den Zähnen stösst die Sonde auf ein Hinderniss.

Wyatt Wingrave: Fall von Kehlkopferkrankung zur Diagnose.

Kelson: Fall von Eruption auf der Pharynxschleimhaut.

Die Eruption hatte Aehnlichkeit mit Schleimhauttuberkeln.

Harold Barwell: Fall von Laryngitis syphilitica.

Es handelte sich um eine gummöse Affection des Kehlkopfs bei einer 57jährigen Frau; nachdem unter Jodbehandlung nur geringe Besserung erzielt worden war, trat unter intramuskulären Hg-Injectionen Heilung ein.

Dundas Grant führt einen ähnlichen Fall an, in dem gleichfalls die intramuskulären Quecksilbereinspritzungen einen günstigen Erfolg hatten.

John Bark: Geschwulst in der vorderen Commissur bei einer 20jährigen Frau.

Es handelte sich um ein weiches Fibrom von dem Umfang einer grossen Erbse, das mit der Schlinge entfernt wurde.

Wyatt Wingrave bespricht die Bildung von Geschwülsten in dieser Region vom Standpunkt der Entwickelungsgeschichte aus.

Mayo Collier: Latente oder intermittirende Nasenverstopfung. Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf die Form der Nasenverstopfung, die nur besteht, sobald die Patienten sich niederlegen. Diese Fälle können der Therapie grossen Widerstand leisten, wenn man nicht auf die Schwellung der Septumschleimhaut achtet, die, wenn der Patient wach ist, oft das einzige sichtbare Zeichen ist. Er glaubt, dass diese nächtliche Nasenverstopfung häufig der Anlass ist für Nasenhöhlen- und Ohrenerkrankungen.

Sitzung vom 11. März 1904.

Vorsitzender: John Bark.

Der Vorsitzende giebt einen Ueberblick über die neueren Fortschritte in der Specialwissenschaft.

Kelson: Lähmung des rechten Stimmbandes; Anzeichen von Speiseröhrenstrictur.

Peter Abercrombie: Fall von käsiger Rhinitis.

Redner hält die aus der Nase entfernten Massen für Ueberbleibsel einer vorangegangenen acuten Nasenhöhleneiterung (Keilbeinempyem?).

Wyatt Wingrave hat das Material untersucht und gefunden, das Krystalle von flüchtigen Fettsäuren, aber keine Epithelreste oder Cholestearin vorhanden waren.

Frederick Spicer: Kehlkopftumor zur Diagnose.

Dundas Grant: Fall von acuter Laryngitis nach Influenza.

Mayo Collier: Fall von chronischer Osteomyelitis mit alter Ulceration des Gaumens.

R. H. Woods: Skiagramm einer Kieferhöhle.

Derselbe: Künstliches Gebiss aus dem Oesophagus entfernt; Oesophago-Trachealfistel.

Der Fremdkörper hatte 4 Monate lang in der Speiseröhre gesessen; er wurde dann per vias naturales entfernt. Man fand eine Fistel vom Oesophagus zum oberen Ende der Trachea.

Dundas Grant erinnert sich eines aus Hamburg stammenden Falles von Fistelbildung, in dem eine Hahn'sche Canüle dem Patienten ermöglichte, bequem Speisen zu schlucken.

Wyatt Wingrave: Mikroskopisches Präparat von einer malignen Geschwulst.

Zwei Formen angeblicher Krebsparasiten werden demonstrirt — freie und eingekapselte. Sie finden sich auch bei Lupus, adenoiden und gutartigen Geschwülsten. E. B. Waggett.

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. März 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Der Vorsitzende demonstrirt ein Messer zur Schlitzung der Tonsillarlacunen, eine Zange für Nasenpolypen.

Furniss Potter: Fall von Unbeweglichkeit der rechten Stimmlippe bei einem 19jährigen Manne.

Das Stimmband stand unbeweglich in der Mittellinie; die Aryknorpelschleimhaut war roth und geschwollen. Es wird angenommen, dass es sich um eine — wahrscheinlich tuberculöse — Infiltration des Crico-arytaenoidgelenkes handelte.

Derselbe: Fall von Infiltration des Kehlkopfes mit Befallensein beider Crico-arytaenoidgelenke, mit indurirtem Ulcus auf der Zunge.

Es bestand eine harte ulcerirte Schwellung am Zungenrand etwas nach hinten zu. Rechtes Stimmband unbeweglich in der Mittellinie und von dem geschwollenen Taschenband fast verdeckt. Rechte Aryknorpelgegend und rechte ary-epiglottische Falte infiltrirt. Die Abductionsbewegungen links beschränkt. Deutlicher inspiratorischer Stridor. Tracheotomie. Eine combinirte Jod-Quecksilberbehandlung hatte keinen Effect, die Larynxschwellung hat in letzter Zeit zugenommen.

Dundas Grant, der Vorsitzende und de Santi äussern sich zu dem Fall. Der Letztere spricht sich für die probatorische Thyreotomie in solch zweifelhaften Fällen aus.

Smurthwaite demonstrirt ein Präparat von Tuberculose des Kehlkopfes und der Trachea mit sehr schnellem Verlauf bei einem 67jährigem Manne.

Herbert Tilley: Eine Kranke, bei der wegen Empyem der linken Oberkieferhöhle, Stirnhöhlen- und Siebbeinempyem Radicaloperationen gemacht worden sind.

Bei der 20jährigen Patienten bestanden chronische Eiterung und Polypen. Januar 1903 wurde die linke Stirnhöhle und die vorderen Siebbeinzellen operirt. Juni 1903 Caldwell-Luc'sche Operation beider Kieferhöhlen, die sich mit polypösen Massen erfüllt erwiesen. Das Resultat war völlig befriedigend.

Herbert Tilley: Fall von doppelseitigem Empyem der Stirnhöhlen, Siebbeinzellen, Keilbein- und Kieferhöhlen; radical operirt.

Nachdem die 58jährige Patientin 2 Jahre lang sich mit Ausspülungen von den Alveolen behandelt hatte, entschloss sie sich zur Radicaloperation, da die Kopfschmerzen immer heftiger wurden. Zuerst wurden beide Stirnhöhlen eröffnet und eine breite Communication nach der Nase zu geschaffen; die Siebbeinzellen wurden gründlich curettirt. Die Behandlung des linken Siebbeins war wegen einer grossen Septumleiste sehr schwierig. Von dem Tage der Operation an förderte die Ausspülung der Kieferhöhlen keinen Eiter mehr zu Tage, ein Beweis, dass diese nur als Reservoir für den Eiter gedient hatten. Da in den hinteren oberen Partien der Nase sich immer noch Eiter zeigte, so wurde die Killian'sche Radicaloperation gemacht und es fand sich, dass der vordere Theil der lateralen Siebbeinzellen gleichfalls erkrankt war. Curettage derselben bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand. Heilung.

Herbert Tilley: Chronisches Empyem der Stirn-, Siebbein- und Oberkieferhöhle.

Radicale Operation der linken Stirn- und Oberkieferhöhle mit vorzüglichem Resultat.

St. Clair Thomson macht auf die wesentliche Bedeutung aufmerksam, die in diesen Fällen den Siebbeinzellen zukommt. In einem der Fälle, die nach Killian operirt wurden, wurde nicht die von Killian in Bezug auf das Stehenlassen der Brücken gegebene Vorschrift befolgt und doch war das Resultat gut. Es empfiehlt sich bei der Killian'schen Operation, um die Blutung zu stillen, häufig Gaze, die in Wasserstoffsuperoxyd getaucht ist, aufzulegen.

Kelson: Fall von Nasenfistel.

Die 20jährige Patientin zeigt in der Medianlinie der Nase eine Fistelöffnung; die Sonde konnte ein Stückchen weit in dieselbe eindringen, es bestand jedoch keine Communication mit der Nasenhöhle. Vor 3 Jahren hatte Patientin einen heftigen Schlag auf die Nase erhalten.

Dundas Grant: Geschwür der Tonsille, wahrscheinlich Primäraffect mit ausgesprochenen Hautsyphiliden.

Auf der rechten Tonsille ein excavirtes Geschwür, mit etwas indurirtem Grunde; auf der linken Tonsille eine Plaque muqueuse. Starke Drüsenschwellung. Auf den Armen und anderen Körpertheilen ausgesprochenes Syphilid.

Derselbe: Fall von hochgradigem Kehlkopfödem, wahrscheinlich nach einer Tertiäraffection.

28jähriger Mann, seit 14 Tagen heiser. Man fand enormes Oedem der ary-epiglottischen Falten, der rechten Hälfte dei Epiglottis und der entsprechenden Partie der Rachenwand. Von dem unbeweglichen rechten Stimmband sah man nur einen Theil. Patient hatte vor 6 Jahren Lues acquirirt; man stellte die Diagnose auf gummöse Perichondritis mit nachfolgendem Oedem. Unter Mercurialbehandlung und Incisionen in die ödematösen Theile trat Heilung ein.

Atwood Thorne: Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand.

32jähriger Mann; vor 2 Jahren, als er zuerst untersucht wurde, bestand eine stecknadelkopfgrosse Communication zwischen Mund und Nasenrachen. Damals stand Pat. seit 3 Jahren unter Behandlung mit Jod und Quecksilber. Seitdem ist die Oeffnung allmälig grösser geworden, zweifellos in Folge Retraction der Verwachsungen zu den fixirten Punkten ihrer Peripherie.

Richard Lake: Chorditis tuberosa bei einer jungen Frau.

Patientin war keine Sängerin oder Berufsrednerin, musste aber im Verkehr mit einer tauben Schwester oft laut sprechen.

Derselbe: Tuberculöses Ulcus des linken Stimmbandes.

L. bedient sich zur Behandlung der tuberculösen Ulcera einer folgendermaassen zusammengesetzten Lösung:

Acid. carbol.	10	Theile,
Formalin	10	„
Acid. lact.	50	„
Aq. dest.	30	„

Fitzgerald Powell: Schwellung des rechten Taschenbandes.

34jähriger Mann. Keine Anzeichen von Tuberculose. Zur Diagnose vorgestellt.

Derselbe: Fall von Sequester aus der Nase.

Man fand einen grossen Sequester in der rechten Nase. Das Septum war perforirt. Wegen grosser Schmerzhaftigkeit musste die Extraction des Sequesters mittels allgemeiner Anästhesie gemacht werden. Er stellt das ganze Os intermaxillare dar; man sah an ihm die Stelle, wo sich die mittleren oberen Schneidezähne ansetzten.

Tilley hat den Zwischenkiefer durch den Mund entfernt bei einer Patientin mit Ausfluss aus der Nase und grosser Schwellung der Oberlippe.

H. J. Davis: Oedem und Stenose des Larynx.

Es handelt sich um einen Patienten, der wegen secundärer Syphilis in Behandlung war. Vor 3 Wochen entwickelte sich bei ihm eine heftige Dyspnoe. Aryknorpelgegend und Epiglottis stark ödematös; man sah bei der Inspiration eine Masse ödematöser Schleimhaut, die beweglich war und einem grossen Polypen glich.

Grant hält den Fall für syphilitische Perichondritis. Er räth zum Gebrauch der schneidenden Zange.

Lambert Lack hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Er räth ebenfalls zur Entfernung der ödematösen Masse.

Sitzung vom 8. April 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Saint-Clair Thomson: Membranöse Ulceration im Rachen bei einer 36jährigen Frau.

Auf der oberen Partie jeder Tonsille sass ein scharf umschriebenes Ulcus,

bedeckt von einer leicht abreissbaren falschen Membran. Untersuchung auf Vincent'sche Spirillen und fusiforme Bacillen negativ. Unter antisyphilitischer Behandlung begannen die Ulcerationen sich zu reinigen; gleichzeitig erschien auf dem Gaumensegel eine Plaque muqueuse.

De Santi: Fall von chronischer Pachydermia laryngis.

43jährige Frau, seit 15 Jahren heiser, zeigt erhebliche Verdickung der Interarytaenoidregion und an den Processus vocales.

Lack und Dundas Grant weisen auf die Wichtigkeit der Behandlung von etwa bestehenden intranasalen Affectionen in diesen Fällen hin.

Der Vorsitzende hat in dem vorgestellten Fall eine bei reiner Pachydermie seltene circumscripte Verdickung auch in der vorderen Commissur beobachtet.

Lambert Lack: Fall von doppelseitiger Abductorlähmung traumatischen Ursprungs.

Vor 18 Monaten schnitt sich Patient fast völlig die Kehle durch; die Trachea wurde unterhalb des Ringknorpels fast ganz durchtrennt. Augenscheinlich waren beide N. recurrentes verletzt und seitdem besteht eine völlige doppelseitige Lähmung. Die Narbenstenose der Trachea wurde durch Einlegung einer T-Canüle gebessert.

Es handelt sich nun um die Frage des Verschlusses der Trachealfistel. Es besteht beiderseitige Abductorlähmung, die auf der einen Seite nur partiell ist; dies verursacht auch bei geringen Anstrengungen Dyspnoe, sobald man die Trachea verschliesst.

Sir Felix Semon glaubt nicht, dass die Lähmung auf eine Verletzung der beiden Recurrentes zurückzuführen ist. Er hält es für plausibler, anzunehmen, dass sich in der Nähe der Nerven eine erhebliche Menge Narbengewebe gebildet habe, durch das eine Compression der Nerven bewirkt worden sei. In Bezug auf die Behandlung räth er, sich mit dem jetzigen Zustand zufrieden zu geben. Abtragung der einen Stimmlippe würde zu keiner dauernden Besserung führen, da an seiner Stelle sich Narbengewebe entwickelt. Wenn man die Wunde schliesst, so besteht die Gefahr, dass bei einer katarrhalischen Schwellung eine Stenose eintritt.

Der Vorsitzende und Watson Williams betheiligen sich an der Discussion.

W. Tod: Tuberkulöse Laryngitis bei einem 13jährigen Mädchen mit Lungenphthise.

Dauer der Erkrankung 2 Monate. Die tuberkulösen Veränderungen betrafen besonders den Interarytaenoidalraum und die Taschenbänder.

Derselbe: 3 Fälle von Resection des Septum wegen Deviation.

Es wurde eine Modification der Krieg-Bönninghaus'schen Operation mit gutem Resultat angewandt. Es wurde unter allgemeiner Anästhesie operirt, dabei aber auch Cocain und Adrenalin benutzt. Zur Entfernung des Knorpels und der Schleimhaut auf der concaven Seite hat sich T. einer nach seinen Angaben be-

sonders construirten Zange bedient. Bereits 48 Stunden nach der Operation ging der Pat. wieder seinem Beruf nach.

Watson Williams wünscht zu wissen, ob eine Deformität resultirt, wenn die Resection an den freien Rändern des Knorpels begonnen wird, ferner, welche Resultate die Operation bei Kindern hat.

Ball hat die Operation viele Jahre lang ausgeführt. Wenn der vordere Theil des Septums verbogen war, so begann er die Resection an den freien Rändern und hat niemals eine Deformität daraus hervorgehen sehen. Bisweilen erhält er die convexe Schleimhaut und näht sie.

St. Clair Thomson hat gleichfalls die submucöse Resection mit gutem Erfolg und unmittelbarer Heilung angewandt.

Tod hat als einen Uebelstand empfunden, dass während der Heilungsdauer, bisweilen 2 Monate lang, starke Krustenbildung vorhanden ist.

Tilley: Fall von Dauererfolg nach einer Operation bei ausgedehnter Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand.

Der Fall wurde bereits März 1903 vorgestellt.

Der Vorsitzende, Fitzgerald Powell, De Santi sprachen; letzterer hat einen Fall, bei dem die Heilung seit 6 Jahren andauert.

Kelson: Rachenerkrankung Diphtherie vortäuschend.

Ein 25jähriger und ein 40jähriger Mann mit weissen Flecken auf rother Basis im Rachen und auf den Tonsillen, die seit fast einem Jahr bestehen, zeitweilig fast ganz verschwinden. Keine Zeichen von Syphilis in der Anamnese; antisyphilitische Behandlung ohne Effect.

Ball: Melanosarkom des weichen Gaumens.

Bei dem 53jährigen Patienten wurde vor 8 Monaten die Geschwulstbildung am Gaumen bemerkt. Ausser zahlreichen schwachen Flecken am Gaumen und der Wange befand sich ein flacher, schillinggrosser Tumor am Velum. Es bestand Drüsenschwellung am Halse und Patient hatte in den letzten Monaten erheblich an Gewicht abgenommen.

De Santi schlägt trotz der schlechten Prognose ausgedehnte operative Entfernung des Velum vor.

Waggett: Eine Scheere zur Durchtrennung des Schildknorpels.

W. hat das Instrument in 6 Fällen bei Thyreotomie benutzt. Verletzung der Stimmbänder ist damit unmöglich.

Sir Felix Semon hat die Trennung der Schildknorpelplatten bei Ossification oft schwierig gefunden; solche Fälle bilden seiner Erfahrung nach die Mehrzahl.

Waggett: Aseptischer Stirnspiegelgriff.

Der Griff ist abzunehmen und auskochbar.

E. B. Waggett.



e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Januar 1905.

Kuttner stellt eine hereditär belastete 26jährige, im 5. Monat gravide Pat. mit tuberkulöser Infiltration beider Taschen-, Stimmbänder und der hinteren Larynxwand vor; an der rechten Lungenspitze unbedeutende Dämpfung und etwas rauhes Athmen.

Er erörtert an diesem Falle, wie schwer es oft ist, die Entscheidung darüber zu treffen, ob man bei Complication der Kehlkopftuberkulose mit Schwangerschaft den Abort resp. die Frühgeburt einleiten soll. Diese Pat. hat schon ein anscheinend gesundes Kind geboren, obwohl sie in der Gravidität auch tuberkulös war, und keine nennenswerthe Verschlechterung ihres Befindens nach der Geburt erlitten. Eine eingreifende Therapie bei florider Larynxphthise kann er aber nicht empfehlen. Der Krankheitsprocess scheint hier auch nicht fortzuschreiten, der Lungenbefund ist ein günstiger. Andererseits ist die Einleitung einer Frühgeburt ein schwerer Eingriff. Daher möchte er sich abwartend verhalten. Tritt Athemnoth ein, so bleibt das Curettement oder die Tracheotomie.

Herzfeld fragt, ob der Abort den Patientinnen einen erheblichen Vortheil bringt.

E. Meyer hat in einem entsprechendem Falle die Frühgeburt mittelst vaginalen Kaiserschnittes vornehmen lassen; der tuberkulöse Process in Kehlkopf und Lunge ist danach rapide fortgeschritten.

Alexander sah nach Einleitung eines Abortes ebenfalls eine Verschlechterung des Kehlkopf- und Lungenbefundes.

A. Rosenberg: Es fragt sich, ob in solchen Fällen die Verschlimmerung des tuberkulösen Processes auf Rechnung der Operation zu setzen ist. Man muss bei der Frage eines einzuleitenden Abortes den Zustand des Larynx, der Lunge, das Allgemeinbefinden, die familiären Verhältnisse und manches Andere berücksichtigen. Er führt zwei Fälle an, in denen die Gravidität eine erhebliche Verschlechterung des tuberkulösen Leidens resp. das Wiederaufflackern einer geheilten Kehlkopf- und Lungenphthise herbeigeführt hat; in letzterem Falle trat einige Tage nach der Entbindung der Tod der Mutter ein.

Kuttner sah einmal auch nach Einleitung der Frühgeburt den Tod eintreten. Entscheidend ist der Zustand der Patientin zur Zeit, wo man zum Abort schreitet. Wartet man bei leichter Larynxerkrankung zu lange ab, so wird es oft dafür zu spät, resp. man muss eine Frühgeburt einleiten.

Davidsohn stellt einen 20jährigen Patienten (Schriftsetzer) vor, bei dem das linke Stimmbnnd etwa in Cadaverstellung fast unbeweglich steht; eine Ursache für die Lähmung lässt sich nicht finden. Da Pat. aber einen Bleisaum an dem Zahnfleisch zeigt, handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Bleilähmung.

E. Meyer: Ein Fremdkörper im rechten Bronchus und seine Entfernung durch die Bronchoskopie.

Ein mehrfach wegen Diphtherie und Granulationsstenose tracheotomirtes und laryngotomirtes Kind zeigte eine die vorderen zwei Drittel des Larynx einnehmende,

Athemnoth verursachende Membran, die endolaryngeal gespalten werden sollte. Der dieselbe bedeckende Schleim sollte im Kilian'schen Röhrenspeculum mit dem Watteträger fortgewischt werden und dabei müssen die Ränder der stenosirten Stelle den Ring derselben fortgeschoben haben — der Wattebausch fiel in die Tiefe. Tracheoskopisch war er nicht zu entdecken. Am nächsten Abend Temp. 39,5, rechts beginnende Atelektase. In der Narkose wird am hängenden Kopfe durch die Trachealfistel das Bronchoskop eingeführt und man fand, nachdem man 2 cm in den rechten Bronchus eingedrungen war, den Fremdkörper und extrahirte ihn leicht. Nach 2 Tagen war das Kind geheilt. Wegen des eben angegebenen Ereignisses warnt M. vor den Kilian'schen Watteträgern. A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Am 13. März beging einer der Pioniere der Laryngologie, Geh. Rath Prof. Dr. Adalbert Tobold zu Berlin, sein 50jähriges Doctorjubiläum und empfing die Glückwünsche zahlreicher Freunde und Collegen. Unter den Gratulanten will auch das Centralblatt nicht fehlen.

In Beantwortung mehrfacher Anfragen die Mittheilung, dass die Berliner Photographische Gesellschaft das Sargent'sche Portrait Manuel Garcia's in Photographure vervielfältigt hat und dass der Preis der Copie sich auf 21 Mark, derjenige der wenigen noch nicht verkauften „Avant la lettre"-Exemplare sich auf 105 Mark stellt.

Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

Paris, le 15 Février 1905.

Monsieur et très honoré Confrère.

J'ai l'honneur de vous informer que la Société Française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le

Lundi 8 Mai 1905, à 9 h. du matin

à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, Rue Danton, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, *avant le 15 Avril,* au Secrétaire général.

J'ai aussi l'honneur de vous rappeler, qu'à sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion, la discussion des questions suivantes:

1° Des indications opératoires dans les différentes formes cliniques et anatomiques des sinusités frontales.

Rapporteur: M. Lombard.

2° Des adénopathies dans les affections du nez et de la gorge.

Rapporteur: M. Georges Gellé.

Agréez, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression des mes sentiments les plus dévoués.

Le Secrétaire Général:

Dr. Joal, Paris, 17, rue Combacérès.

Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress zu Lissabon.

Die Gegenwart so vieler hervorragender Laryngologen aus verschiedenen Theilen der Welt bei dem Garcia-Jubiläum bot eine willkommene Gelegenheit, die Frage zu besprechen, welche Haltung die Laryngologie gegenüber den Beschlüssen des Lissaboner Comités einnehmen solle. Es fand demgemäss am 18. März im Hause des Herausgebers des Centralblatts eine Versammlung statt, an der sich ausser zahlreichen bekannten britischen Laryngologen Vertreter der deutschen,

französischen, österreichischen, belgischen, holländischen und italienischen Laryngologie betheiligten. Die Rednerliste umfasste die Namen von B. Fränkel, Chiari, Moure, Lermoyez, Moll, Burger, Delsaux, Goris, Poli, Semon. Obwohl der informelle Charakter der Versammlung die Aufstellung und Annahme bestimmter Resolutionen a priori ausschloss, so war absolute Einmüthigkeit unter den Versammelten dahin vorhanden, dass kein Laryngologe sich an den Verhandlungen internationaler medicinischer Congresse in einer Abtheilung betheiligen solle, deren Stellung eine niedrigere sei, als die anderen anerkannten Specialitäten zugebilligte! — Der Unterzeichnete theilte der Versammlung mit, dass die Londoner laryngologische Gesellschaft bereits eine hierauf abzielende Resolution einstimmig angenommen habe (vgl. Centralblatt Februar 1905, p. 89), und verschiedene der auswärtigen Delegierten erklärten, die Frage sofort nach ihrer Rückkehr ihren betreffenden Gesellschaften unterbreiten zu wollen.

Es wurde weiterhin in Erwägung gezogen, was geschehen solle, wenn das Lissaboner Comité sich auch weiterhin hartnäckig den berechtigten Anforderungen der Laryngologie verschlösse. Die Bildung eines unabhängigen internationalen laryngologischen Congresses wurde erörtert. Während alle Redner, wenn auch manche derselben mit Bedauern, die Nothwendigkeit anerkannten, eine solche Centralstelle zu schaffen, falls nicht noch in letzter Stunde das Lissaboner Comité ein besseres Verständniss für die Sachlage gewönne, gingen, wie vorauszusehen war, die Ansichten darüber auseinander, ob das eventuell zu begründende Institut internationaler laryngologischer Specialcongresse unabhängig von den bereits bestehenden analogen otologischen Congressen creirt, oder mit letzteren verschmolzen werden solle. Auch diese Frage wird von den einzelnen Specialgesellschaften weiter erörtert werden müssen.

Jedenfalls geht aus obigem Bericht, ebenso wie aus der Resolution der Londoner laryngologischen Gesellschaft und dem Leitartikel des British Medical Journal vom 4. Februar klar hervor, in welch merkwürdiger Selbsttäuschung das Lissaboner Organisations-Comité befangen ist, wenn es sich mit der Hoffnung schmeichelt, dass mein Protest gegen die ebenso willkürliche wie kurzsichtige Schmälerung der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen, die es geglaubt hat sich erlauben zu können, den Ausdruck der Unzufriedenheit einer einzelnen Persönlichkeit darstellt! — An meiner Seite steht nicht nur meine ganze Specialität, sondern, wie es der Leitartikel des British Med. Journal bereits bewiesen hat, und wie andere gewichtige Aeusserungen es in nächster Zeit beweisen dürften, billig denkende Vertreter der allgemeinen Medicin und der medicinischen öffentlichen Meinung. Der Weg, den das Comité jetzt einzuschlagen gewillt scheint: seine combinirte Subsection um jeden Preis zustande zu bringen, und zu diesem Zwecke unbekannte Grössen mit der Einführung der allgemeinen Discussionen zu betrauen, — ein Ehrenamt, das bisher als Zeichen internationaler Anerkennung für hervorragende Leistungen in der betreffenden Frage galt — wird sich ebenso richten, wie sein sonstiges Vorgehen! —

Ich benutze diese Gelegenheit zu einer Richtigstellung einer Beschwerde des Herrn Generalsecretärs des Congresses, Professor Bombarda, gegen mich persönlich und zu einer Erörterung der Tragweite der ganzen Frage. Der Herr Generalsekretär beklagt sich, wie ich erfahren habe, dass ich die Lissaboner Autoritäten in meinem in der Januar-Nummer des Centralblatts veröffentlichten Briefe an den Präsidenten des britischen Nationalcomités „angegriffen" hätte, ohne dieselben hiervon in Kenntniss zu setzen.

Die einfache Antwort auf den zweiten Theil der Beschwerde ist, — wie jeder Leser des Centralblatts sich aus dem Postscriptum meines Briefes überzeugen kann — dass ich nicht die geringste Veranlassung hatte, dem Herrn Generalsekretär die wörtliche Uebersetzung eines Briefes zuzusenden, von dem ich wusste, dass sein Original sich noch vor seiner Veröffentlichung in seinem Besitze befinden würde! —

Aber das ist überhaupt nicht von der geringsten Wichtigkeit. Was viel wichtiger ist, ist, dass der Herr Generalsecretär darüber klagt, dass ich die

Lissaboner Autoritäten „angegriffen“ hätte. Das zeugt von einer so vollkommenen Verkennung der wahren Sachlage, dass er mir vergeben muss, wenn ich dieselbe richtig stelle. Wenn ein Mann einen anderen seines ehrlich erworbenen Besitzthums zu berauben versucht und der andere sich zur Wehre setzt, so nennt man das in der Sprache aller Nationen nicht einen „Angriff“, sondern eine „Vertheidigung“. Und das ist es, was in diesem Falle vorliegt! — In willkürlichster Weise versucht dasselbe Comité, das gleichzeitig eine volle Section für die „Chirurgie der Harnwege“ constituirt, die Laryngologie der Stellung zu berauben, die sie seit 1884, d. h. seit 21 Jahren bei analogen Gelegenheiten eingenommen hat. Wenn man hiergegen protestirt, so greift man nicht an, sondern vertheidigt sich gegen eine willkürliche Vergewaltigung!

Und hier komme ich zu dem principiell wichtigsten Theil der ganzen Frage: Die Auffassung, die ich — und viele Andere mit mir (vgl. z. B. den Leitartikel des Brit. Med. Journal) von den Pflichten und Rechten der jeweiligen Organisationscomités der internationalen Congresse haben, ist offenbar grundverschieden von der der temporären Machthaber. Meine Freunde und ich glauben, dass ein Organisationscomité von so kurzlebiger Dauer, wie es die Comités der internationalen medicinischen Congresse sind, sich nur als Verwalter einer ihnen zeitweilig anvertrauten Institution betrachten und tiefgehende, principielle Veränderungen nur aus den zwingendsten Gründen vornehmen sollten. Wenn also ein ganz neuer Zweig der Wissenschaft, wie z. B. die Bacteriologie, entsteht und ihren Anspruch auf gesonderte Vertretung begründen kann, so wird es die Pflicht des Organisationscomités werden, ihm eine solche Vertretung zu gewähren. Umgekehrt, wenn die praktischen Erfahrungen unserer Congresse bewiesen haben, dass kein Bedürfniss für eine gewisse Section besteht, ist es das Recht und die Pflicht des Organisationscomités, die betreffende Section fortfallen zu lassen. — Nicht aber sollte ein Organisationscomité eine bewährte Einrichtung aus localen Gründen oder aus blosser Caprice antasten! — Leider ist man nur zu oft nach anderen Grundsätzen vorgegangen. Nach den traurigen Erfahrungen, die sonderbarerweise gerade die Laryngologie seit 25 Jahren immer und immer wieder bei diesen Gelegenheiten gemacht hat, scheinen die Mitglieder der verschiedenen Organisationscomités geglaubt zu haben, dass die Annahme der Einladung ihres Heimathlandes seitens des vorhergehenden Congresses sie berechtige, ihrer Willkür hinsichtlich der Einrichtung neuer, der Erhöhung, der Erniedrigung oder Unterdrückung bestehender Sectionen, völlig freien Zügel schiessen zu lassen. Wenn also z. B. dem betreffenden Organisationscomité zufällig ein einflussreicher Mann angehört, der eine besondere Vorliebe für eine bisher noch nicht in Gestalt einer Section vertretene Specialität hat, so soll anscheinend der Rest der Welt in stummer Ehrfurcht lesen, dass bei der betreffenden Gelegenheit eine neue Section creirt worden ist, obwohl für dieselbe weder ein wirkliches Bedürfniss vorliegt, noch ihre Constituirung allgemein gewünscht worden ist! — Gehört aber demselben Organisationscomité zufällig kein Laryngologe an — und wie ich fürchte, ist das nur zu oft bei diesen Gelegenheiten der Fall gewesen — so bietet unsere arme Specialität ein treffliches Versuchsobject für sittliche Bestrebungen! „Wir müssen der Zersplitterung der Medicin entgegentreten“ heisst die Parole. Und dann wird munter darauf los decretirt, dass die Laryngologie entweder mit der Otologie gegen den ausdrücklichen Wunsch beider Specialitäten in eine Section verschmolzen, oder dass die eine oder die andere der beiden, oder beide zusammen zu einer Subsection degradirt werden sollen. Gelegentlich, wie einst in Moskau und jetzt wieder in Lissabon, wird gar der ehrenvolle Gedanke rege, uns mit den Zahnärzten in einen Topf zu werfen! Und das Alles zur Verhinderung der berühmten „Zersplitterung“! Welch' bequemes Schlagwort! Und welche hohle Phrase in diesem Zusammenhang! — Wahrlich, nicht dadurch wird die Zersplitterung der Wissenschaft verhindert, dass man eine arbeitsame und wissenschaftliche Specialdisciplin in eine untergeordnete Stellung herabzudrücken und kränkende Unterschiede zwischen ihr und anderen Specialitäten zu etabliren ver-

sucht! — Das ist ja gerade die unglaubliche Kurzsichtigkeit der zeitigen Gewalthaber, dass sie, wie ich dies schon in meinem Briefe an den Präsidenten des britischen Nationalcomités gesagt habe, nicht einsehen können oder wollen, dass sie durch ihr willkürliches Vorgehen Specialisten, wie mich selbst, die ihr ganzes Leben lang für inniges Zusammengehen mit der Gesammtmedicin eingetreten sind, und nie etwas anderes gewünscht haben, als im Rahmen eines allgemeinen internationalen Congresses zur Förderung der Wissenschaft beizutragen, direkt in das Lager der Separatisten hineintreiben! Glauben die Herren in Lissabon wirklich, dass sie der „Zersplitterung" der Medicin entgegenarbeiten, wenn sie ihre Subsection zu einem Schattenbild degradiren, und die wirklichen wissenschaftlichen Vertreter der Laryngologie zwingen, einen Sondercongress zu organisiren?

Man verschone uns hier mit der wohlfeilen Phrase, dass es nicht darauf ankomme, unter welcher Bezeichnung wir arbeiteten, und dass man ebenso gut in einer Subsection wie in einer vollen Section Tüchtiges leisten könne! Gewiss kann man das! Aber wozu war es, ist es immer wieder nöthig, uns unser gutes, durch ernste wissenschaftliche Arbeit erworbenes Recht auf eine bereits erworbene, mit anderen anerkannten Specialitäten gleichstehende Stellung anzutasten? — Wenn es sich heute darum handelte, dass der Laryngologie probeweise eine separate Stellung bei den internationalen medicinischen Congressen eingeräumt werden solle, und dass vorläufig ihr die Position einer Subsection zudecretirt worden sei, so wäre das ja verständlich. Vor genau 25 Jahren habe ich selbst bei den Vorbereitungen zu dem Londoner Congresse einem ähnlichen Argument zugestimmt. Wenn aber, nachdem die Laryngologie inzwischen bei allen seitdem stattgehabten internationalen Congressen durch fleissige und bedeutsame Arbeit ihr Recht auf eine allen anderen anerkannten Specialitäten äquivalente Stellung bewiesen und die ihr seit dem Kopenhagener Congresse 1884 eingeräumte Stellung einer vollen Section mit Ehren eingenommen hat, immer und immer wieder Versuche gemacht werden, sie auf ein untergeordnetes Niveau herabzudrücken — dann reisst einem schliesslich die Geduld! — Ein Vierteljahrhundert periodisch erneuter, demüthigender Kämpfe ist gerade genug! Jetzt sind wir beim Entweder—Oder angelangt. Nicht leichten Herzens werde ich einem internationalen laryngologischen Sondercongresse zustimmen. Aber ich habe von meinem unvergesslichen Lehrer Traube den Grundsatz gelernt: E duobus malis minus eligendum est! — Auch in Sondercongressen können und werden wir uns des innigen Zusammenhanges mit der Mutterwissenschaft erinnern. Aber wir können, wollen und werden nicht, der Willkür zeitweiliger Gewalthaber gehorsam, uns in eine unserer unwürdige Stellung herabdrücken lassen! — Das verbietet uns nicht nur unsere Selbstachtung, sondern auch die Rücksicht auf unser practisches Interesse. Die Frage geht weit über die Grenzen einer academischen Titelfrage hinaus! Nur schwer und mühsam hat sich die Laryngologie Stellung und Anerkennung unter den Aerzten errungen. Auch heute noch ist unsere Position weit entfernt davon, eine ideale zu sein. An den Universitäten, an den Hospitälern, bei den Prüfungen ist nur zu vielfach die Laryngologie noch heute das Aschenbrödel der Medicin. Wenn wir jetzt, in dem Augenblicke, wo wir das fünfzigjährige Jubiläum der Laryngologie feiern, also wahrlich die Kinderschuhe ausgezogen haben, selbst unsere Zustimmung dazu gäben, dass man uns bei internationalen Zusammenkünften so behandelt, wie es beabsichtigt wird, so lieferten wir selbst den Gegnern weiterer Entwicklung unserer Specialität eine Waffe gefährlichster Art in die Hände! Das werden wir nicht thun! — Felix Semon.

Dieser Artikel wird sofort nach seinem Erscheinen dem Herrn Generalsecretär des Lissaboner Congresses zugestellt werden. Inzwischen hoffen wir, dass die laryngologischen Gesellschaften der Welt officiell zu der Frage Stellung nehmen werden. Der Briefkasten des Centralblatts wird bezüglichen Aeusserungen gern geöffnet sein.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Mai. 1905. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals.

1) **S. Preobrashenski. Die Rolle der Nase, des Nasenrachens und Rachens be Haemeptee, Pharyngitis haemorrhagica (rol nosa, glotni i gorla w krowecharkaniach pharyngitis haemorrhagica).** *R. Wratsch 1904. p. 642.*

P. führt 16 von ihm beobachtete Fälle von Blutung aus den genannten Organen kurz an. Für den Specialisten bieten die Beobachtungen wenig Neues. Seine Schlusssätze sind folgende:

1. Blutungen aus den oberen Athemwegen sind ungleich viel häufiger als man annimmt.

2. Am meisten gehen sie von entzündeten Stellen der Schleimhaut oder aus erweiterten Gefässen aus.

3. Eine richtig diagnosticirte Blutung kann leicht gehoben werden.

4. Die Menge des Blutes spricht nicht für die Quelle.

5. Pharyngitis haemorrhagica sollte mit Laryngitis und Tracheitis haemorrh. das gleiche Bürgerrecht haben.

P. HELLAT.

2) **L. E. La Fetra. Asthma bei Kindern mit einer Analyse in 43 Fällen. (Asthma in infants and children with an analysis of forty-three cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. Nov. 1904.*

Alle Fälle betrafen Kinder unter 12 Jahren; in 11 Fällen handelte es sich um Kinder unter einem Jahre. Die Dauer der Erkrankung betrug 3 Monate bis 6 Jahr. Bei 27 Kindern war eine Lungenaffection vorausgegangen; in 20 Fällen waren adenoide Vegetationen und vergrösserte Tonsillen vorhanden. Gewöhnlich waren die Leukocyten vermehrt; ferner fand sich constant erhebliche Zunahme der Eosinophilen.

Zwei Theorien kommen in Betracht, erstens die von der spasmodischen Contraction der Bronchialmuskeln, zweitens, dass das Lumen der Bronchialröhren verengt wird durch vasomotorische Schwellung oder Parese, eine Art von angioneurotischem Oedem der Bronchialschleimhaut. Verf. neigt der letzteren Theorie zu.

EMIL MAYER.

3) **Albert Abrams. Trachealtractionszeichen ein Hülfsmittel bei der Erkennung der Asthmalunge. (The tracheal traction test as an aid in the recognition of the asthmatic lung.)** *N. Y. Medical Journal 2 Juli 1904.*

Wenn der Kopf forcirt nach rückwärts gebeugt wird, so wird der normale Schall über dem Manubrium sterni und den angrenzenden Lungenpartien abgeschwächt und bekommt einen dumpfen Ton. Verf. nennt dies das Trachealtractionszeichen. Dieses Zeichen ist positiv bei gesunden Individuen und bei allen Herzlungenaffectionen, negativ allein beim idiopathischen Asthma, wodurch es zu einem werthvollen differential-diagnostischen Zeichen wird. Verf. erklärt das Zeichen so: Durch die Trachealtraction entsteht in Folge Reizung des Vagus Contraction der Bronchialmuskeln. Beim Asthma ist der Tonus der Bronchialmuskeln so reducirt, dass sie auf die durch die Trachealtraction bewirkte Reizung des N. vagus nicht mehr reagiren.

LEFFERTS.

4) **Herhold** (Altona). **Ueber einen Fall von Kehlsackbildung am Halse (Laryngocele Virchows).** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 44.*

24jähriger Hoboist. Vor einem Jahre beim Blasen der Klarinette plötzlicher Schmerz an linker Halsseite; seitdem dort beim Blasen sich allmälig vergrössernde Anschwellung. Befund: Beim Aufblasen der Backen in der Regio hyo-thyreoidea unterhalb des Zungenbeines eine hühnereigrosse, weich elastische, bei Percussion tympanitischen Schall gebende Vorwölbung, kein Hautemphysem; rechts dasselbe, Vorwölbung nur wallnussgross. Stimme kräftig und tönend. Kehlkopfinneres: nichts Krankhaftes. Gegen branchiogenen Ursprung spricht das späte Auftreten: erst nach 9jährigem Instrumentblasen, Fehlen von Schluckbeschwerden; für eine Erweiterung des Ventriculus Morgagni spricht Doppelseitigkeit, vorhandene Undulation der Hervorwölbung und Beschwerden beim Sprechen, secundäres Entstehen nach Anstrengung im späteren Alter.

ALBANUS (ZARNIKO).

5) **Tereschenkow. Vielkammerige Kiemencysten und Adenocystome der überzähligen Schilddrüsen (mnogokamernija chabornija kisti i adenokistomi priba watschnich stschitowidnich sheles).** *Russ. Arch. Chirurg. 1904. Bd. I.*

Autor bespricht im Anschluss an eine Beobachtung von Adenocystom, welches in der Klinik von A. Bobrow operirt wurde, die Entstehung dieser Geschwülste, führt aus der Literatur die Krankengeschichten anderer Beobachter an und giebt eine ausführliche pathologisch-anatomische Schilderung der Structur dieser Neubildungen. Die Arbeit eignet sich nicht zum Referat.

P. HELLAT.

6) **J. G. Beckett** (Melbourne). **Behandlung von tuberculösen Drüsen mit X-Strahlen. (Treatment of tuberculous glands by Xrays.)** *The Australasian Medical Gazette. 20. May 1904.*

Die chirurgische Behandlung der Halsdrüsentuberculose giebt keine absolut befriedigenden Resultate: Die Krankheit an sich wird mit ihrer Hülfe nicht geheilt, Recidive sind sehr häufig und es resultiren entstellende Narben. Werden dagegen die X-Strahlen sorgfältig angewandt, so ergeben sich keine Entstellungen und die Krankheit selbst wird beeinflusst, insofern die Strahlen nicht allein auf die Drüsen, sondern auch auf die primäre Quelle der Krankheit wirken. Die Wir-

kung der X-Strahlen beruht wahrscheinlich darauf, dass sie in dem umgebenden Gewebe Bedingungen schaffen, die dem Wachsthum der Tuberkelbacillen nicht günstig sind. Um ein tiefes Eindringen der Strahlen zu erzielen, ist es nothwendig, Röhren im möglichsten Zustande der Vacuumhaltigkeit zu verwenden. Es soll zwei oder drei Mal wöchentlich je fünf Minuten lang exponirt werden. Die Behandlung erfordert ein bis drei Monate Dauer. Die Besserung schreitet noch fort, nachdem die Behandlung schon ausgesetzt ist. A. J. BRADY.

7) **Fredrick Moreton** (Victoria). **Appendicitis bei tief sitzendem Cervicalabscess. (Appendicular colic associated with deep seated cervical abscess.)** *Australasian Medical Gazette. 21. Nov. 1904.*

Wahrscheinlich ein rein zufälliges Zusammentreffen. Verf. äussert zwar den Verdacht, dass im Eiter des Cervicalabscesses das Bact. coli vorhanden gewesen sei, hat aber keine bakteriologische Untersuchung gemacht. A. J. BRADY.

8) **J. Hine. Bericht über einen Fall von Durchschneidung des Halses. (Notes on a case of cut throat.)** *Lancet. 30. Juli 1904.*

Ein Eingeborener aus Ostafrika hatte sich unterhalb des Larynx den Hals durchschnitten; Luftwege und grosse Gefässe waren nicht getroffen. Pat. wurde acht Meilen weit über hügliges Terrain zum Missionshaus transportirt und wurde 12 Stunden nach der Verletzung vom Verf. gesehen. Es bestand eine grosse Wunde, mit schwarzen schmierigen Massen angefüllt. Pat. war hochgradig geschwächt, beteiligte sich aber am nächsten Tag an einem Eingeborenentanz, bis er ohnmächtig umsank. Ausgezeichnete Heilung. ADOLPH BRONNER.

9) **Jeney** (Wien). **Selbstmord durch Halsabschneiden.** (Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Wiener Garnison.) *Wien. klin. Wochenschr. 1904. No. 24.*

Suicid mit einem Rasirmesser. Schnitt nach Art einer Pharyngotomia subhyoidea. Durchschneidung der Epiglottis, beider Iugulares externae und einzelner Aeste der Art. thyreoid. super. Therapie: Tracheot. super. nach erfolgter Blutstillung, sodann Naht und Drainage. J. betont die relative Seltenheit der Verletzung der grossen Halsgefässe bei Durchschneidung des Vorderhalses.

CHIARI.

10) **Lebrun** (Namur). **Eine interessante Halsverletzung. (Une curieuse blessure du cou).** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 38. 1904.*

13jähr. Mädchen stiess sich bei einem Sturz zwei grosse Stahlstricknadeln durch den Kleiderkragen hindurch seitlich von der Trachea schief von unten nach oben tief in den Hals bis unter die Nackenhaut neben der linken Seite des 4. Cervicalwirbels. Der Larynx war nach rechts verdrängt; der Pharynx intact, desgleichen die Carotis, deren Pulsationen auf die Nadeln übertragen waren; keine Hämorrhagien, keine Nervenstörungen. Incision der Nackenhaut in der Chloroformnarkose, um sich zu versichern, dass der Entfernung der Nadeln nichts im Wege stehe; darauf Entfernung letzterer ohne Schwierigkeit. Die beiden Stahlnadeln waren je 5 mm stark und nahmen zusammen 1 cm Breitendurchmesser ein. Heilung nach einem Monat unter Eiterung. BAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **G. Abeles** (Wien). **Zwanglose Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasenkrankheiten.** *Aerztliche Central-Zeitung. 1903. No. 48, 49, 50, 51 und 1904 No. 2—5.*

Die für in sämmtlichen Fächern der Heilkunde thätigen Aerzte bestimmten Ausführungen bringen dem Fachmann nichtsNeues, für den allgemeinen Practiker aber sehr werthvolle Winke. Nicht nur Fleiss, sondern auch persönliche Sachkenntniss des Autors erhöhen den Werth der Arbeit.

CHIARI.

12) **G. Abeles** (Wien). **Zwanglose Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasenkrankheiten.** *Aerztliche Central-Zeitung. 1904. No. 27—32.*

In diesen Fortsetzungen (zu No. 5 desselben Jahrgangs) wird über Rhinitis hypertrophica und adenoide Vegetationen alles für den practischen Arzt Wissenswerthe abgehandelt.

CHIARI.

13) **Louis P. Lautenbach. Nasenkrankheiten der Kinder. (Nasal affections of children).** *N. Y. Medical News. 25. Juni 1904.*

Ref. giebt eine Aufzählung der bei Kindern sich häufiger vorfindenden Nasenaffectionen und der aus diesen resultirenden Störungen für die allgemeine Gesundheit und Entwicklung.

LEFFERTS.

14) **P. Adriani** (Groningen). **Ueber hohe Halskragen und Nasenleiden. (Over hooge boorden en neuskwalen.)** *Geneesk. Courant. 1904. No. 1.*

Referat einer Betrachtung von Posthumus Meyjes in einer Zeitschrift für die Reform der Frauenkleidung, über die Schäden, die aus zu hohen und zu engen Halskragen erwachsen, namentlich Schwellung der Nasenschleimhaut, Ohren- und Halsbeschwerden.

H. BURGER.

15) **Notiz des Herausgebers. Traction der Nase als Wiederbelebungsmittel. (Nose pulling as a reviver).** *N. Y. Medical Journal. 18. Juni 1904.*

Nach Berichten von Panyrek (Sbornik klinicky. IV. 1904) können die rhythmischen Tractionen der Zunge zu Wiederbelebungsversuchen ersetzt werden durch 1—2 Minuten lang fortgesetztes rhythmisches Heben und Senken der Nase.

LEFFERTS.

16) **Notiz des Herausgebers. Das Niesen und sein diagnostischer Werth. (The sneeze and its diagnostic value.)** *N. Y. Medical Record. 26. September 1903.*

Es werden eine Reihe von abergläubischen Vorstellungen erwähnt, sowie manche bei den Orientalen befolgte Sitten, die sich an das Niesen knüpfen.

LEFFERTS.

17) **G. Krebs** (Hildesheim). **Maassregeln vor und nach endonasalen Operationen. (Des soins préparatoires et consécutifs aux opérations endonasales.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 10. 1903.* (Mittheilung auf der XI. Versammlung deutscher Ohrenärzte in Wiesbaden. 30. Mai 1903.)

Der Autor beschreibt: A. die Vorbereitungen zu endonasalen Operationen;

Desinfection der Nase sammt äusserer Nasenbedeckung und Umgebung; Sterilisation der Instrumente; Asepsis der Hände; sodann die Localanästhesie mit Cocain, die Schleich'sche Methode und die Präparate von Nebennierenextracten,

B. die Maassregeln nach der Operation: die Hämostase (Tamponade; kalte Umschläge auf die Nase; tiefe Einathmungen nach Hüter bei geschlossenem Mund und langsames Ausathmen durch den offenen Mund.)

C. die Nachbehandlung bei normalem Verlauf; nach galvanokaustischen Eingriffen und bei zu befürchtender Synechienbildung; zum Schluss bespricht er die Nachbehandlung bei Deviationen des Septum nasi.

BAYER.

18) **H. Beaman Douglas. Vorbereitung und Nachbehandlung bei Nasenoperationen. (Preparation and after treatment in nasal operations.)** *The Post graduate. Mai 1904.*

Das Aeussere der Nase soll sorgfältig gereinigt werden und das Naseninnere mit steriler Gaze tamponirt werden. Später wird ein Spray von Wasserstoffsuperoxydlösung angewandt und darnach mit warmem Wasser ausgewaschen.

EMIL MAYER.

19) **Warnecke** (Hannover). **Aeussere Asepsis bei Operationen in der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 14. H. 3. p. 515.*

Eine sterilisirbare Gummiplatte aus Cofferdam bedeckt den Mund des Patienten und schützt Instrumente, Tupfer etc. bei der Einführung in die Nase vor Infection durch die Athemluft des Patienten, durch Berührung des Bartes u. s. w.

F. KLEMPERER.

20) **L. Löwe. Weitere Mittheilungen zur Nasenchirurgie.** *Mon. f. Ohrenhlkde. No. 6. u. 7. 1903.*

Nach Besprechung einiger technischer Details und neuer Instrumente lässt L. eine Reihe von Krankengeschichten folgen und wendet sich dann zur Frage, wie die Operation der Ausräumung der Nase vom Munde her — nach Durchsägung des Oberkiefers — auf den Mechanismus des Bisses, die Vitalität der Zähne und auf die Sensibilität der Zähne wirke. Die interessanten Details, die sich nicht für ein Referat eignen, sind im Original nachzulesen.

L. bespricht nunmehr die Indicationen zur Freilegung der Nase von aussen her und beschreibt die verschiedenen Methoden zur Eröffnung der Kiefer- und Stirnhöhle; die völlige Auskratzung der Schleimhaut bei dünnflüssigem Sekret hält er für unnöthig, und nur indicirt bei disseminirter Tuberculose, malignen Tumoren, gangränösem Zerfall, Knochenerkrankung, ferner bei Neigung zu recidivirenden Polypen. Weiter bespricht L. die Eröffnung der Stirnhöhle von der Schuppenbucht, der Orbitalbucht aus, ferner die des Duct. nasofront., sowie die Fälle, bei denen das ganze Gesichtsskelett von den Zähnen bis zum oberen Ende der Stirnhöhle, und diejenigen wo nur die Gegend der Stirnhöhle und der knöchernen Nase freigelegt werden soll. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

21) **J. P. Morton. Operative Rhinologie. (Operative Rhinology.)** *Canadian Practitioner and Review. Juni 1904.*

Verf. vertheidigt die Rhinologen gegen den Vorwurf der operativen Polypragmasie.

EMIL MAYER.

22) **J. L. Goodale. Syphilis des knorpligen Septums. (Syphilis of the cartilaginous septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Primäre Gummata, die allein das knorplige Septum betreffen, gehören zu grossen Ausnahmen. Eine Anzahl solcher Fälle, in denen allein oder hauptsächlich die Cartilago quadrangularis Sitz der tertiären Syphilis war, wird vom Verf. mitgetheilt; er theilt die Veränderungen, die sich in diesen Fällen finden, folgendermaassen ein:

1. Oberflächliche Infiltration und Ulceration der den Cartilago quadrangularis bedeckenden Schleimhaut.
2. Tiefe Infiltration und Nekrose der Schleimhaut des Knorpels.
3. Granulationsgeschwülste, die bei syphilitischen Individuen von dem vorderen Abschnitt der Septumschleimhaut entspringen.
4. Excoriationen an dieser Stelle.

Was die histologische Unterscheidung der syphilitischen Granulome von den tuberculösen betrifft, so ist diese oft nicht leicht. Verf. legt ein Hauptgewicht darauf, dass bei ersteren sich in dem proliferirenden endothelialen und Bindegewebe zahlreiche, bei letzteren sich dagegen wenig neugebildete Blutgefässe finden.

EMIL MAYER.

23) **John W. Farlow. Einige Fälle von Gesichtserysipel infolge Erosionen der Nasenscheidewand. (Some cases of facial erysipelas from erosions of the nasal septum.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 17. Dec. 1903.*

Cfr. Bericht der 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

24) **John D. Richards. Ein gestielter knöcherner Tumor des Nasenseptums. (A pedunculated bony tumor of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. Aug. 1904.*

Der Tumor wurde bei einer 32jährigen Frau, in deren Anamnese Syphilis eine Rolle spielt, vom hinteren Ende des Septum entfernt. Das Hauptinteresse besteht in dem mikroskopischen Befund (Jonathan Wright): Der Tumor hat die Form einer länglichen Perle. An dem breiten distalen Ende ist ein lockeres alveoläres Gewebe, in dem viele venöse Räume vorhanden sind, wie sie sich in den unteren Muscheln und der Region der Nase vorfinden, von der dieser Tumor seinen Ursprung genommen hat, d. h. der oberen hinteren Fläche des Vomer. Das Epithel war bei den Manipulationen verloren gegangen und liess sich nicht mehr bestimmen. Es finden sich wenig Drüsen. Darunter ist ein knöcherner Hohlraum, ähnlich den Cysten der mittleren Muschel, jedoch mit festem Inhalt. In der Literatur fand Verf. keinen entsprechenden Fall.

Verf. ist der Ansicht, dass der Tumor embryonalen Ursprungs sei. Obwohl

ein competenter Laryngologe drei Jahre vorher nichts von dem Tumor entdeckt hatte, so ist doch unwahrscheinlich, dass innerhalb dieser Zeit sich Knochen in dem Tumor gebildet haben soll.
EMIL MAYER.

25) **Wróblewski. Ein Fall von blutendem Polyp der Nasenscheidewand.** *Przypadek kirariacego polipa przegrodynosa. Medycyna 38. 1904.*

Verf. demonstrirte in der Laryngologischen Sitzung einen von ihm entfernten erbsengrossen Polypen der Nasenscheidewand. Derartige Polypen betrachtet Verf. im Gegensatz zu anderen Autoren für nicht so seltene Erscheinungen. Derselben Ansicht war in der Discussion Srebrny, welcher mehr Aufmerksamkeit auf die kleinen Erhöhungen auf dem Septum zu richten rieth, die Anlass zu heftigen Nasenblutungen geben und wahrscheinlich ein beginnendes Stadium von derartigen Polypen vorstellen.
A. v. SOKOLOWSKI.

26) **Kretschmann. Anatomischer und klinischer Beitrag zum Kapitel der Deviationen des vorderen Abschnittes der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3 S. 557. 1903.*

Verf. kommt zu folgenden Sätzen:

1. Den Nasenflügelknorpeln kommt die Wirkung eines federnden Bügels zu. Der empor- und abgezogene Nasenflügel wird durch die Knorpelfederung nach Aufhören der Muskelwirkung wieder in die Ruhelage zurückgeführt.

2. Die für den vordersten Abschnitt der Nasenscheidewand gebrauchten Namen „Septum mobile und Septum cutaneum" sind unbestimmt und ungenau. Sachlicher erscheint die Eintheilung in „Septum anticum s. triangulare, Septum medium s. quadrangulare s. cartilagineum, Septum posticum s. osseum.

3. Abweichung des vor der verticalen Axe gelegenen Theiles der Cartilago quadrangularis aus der Medianebene führt zu einer Luxation des Knorpelrandes aus dem Sulcus incisivus. Diese Abweichung kann die einzige Deviation bilden — isolirte oder reine Luxation —, es handelt sich also um eine Abbiegung, oder es hat eine Drehung der Cart. quadrangularis um die verticale Axe stattgefunden: dann zeigt sich auf der entgegengesetzten Seite noch eine Crista-Deviatio rotatoria.

4. Die Luxatio der Cart. quadrangularis hat Veränderungen in der Stellung der Nasenspitze und des Nasensteges im Gefolge.

5. Eine einmal eingetretene Luxation kann durch den Zug des Inspirationsstromes verschlimmert werden.

6. Nicht fixirte Luxationen können reponirt und in der corrigirten Lage durch eingelegte Gummirohre erhalten werden. Bei consequenter Durchführung des Verfahrens erfolgt Heilung.

7. Für das corrigirende Verfahren eignen sich besonders Kinder und jugendliche Individeun. Bei Erwachsenen scheitert die Anwendung meist an dem Mangel von Toleranz und an der Unmöglichkeit der Reposition.
F. KLEMPERER.

27) **Ch. M. Robertson. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *N. Y. Medical News. 29. Oct. 1904.*

Verf. hält es nicht für so wichtig, wie es gewöhnlich geglaubt wird, die Schleimhaut zu erhalten, da diese meist verdickt und also erkrankt ist. In den

meisten Fällen, in denen keine äussere Entstellung vorhanden ist, giebt die Gleason'sche Methode gute Resultate; auch hat sie den Vortheil, dass sie leicht ausführbar und dass die Tamponade nur kurze Zeit erforderlich ist. Die Fensterresection hat den Nachtheil, dass eine feste knorplige Stütze für das Septum fortfällt und dass während der Operation und der Heilung leicht Perforationen entstehen. LEFFERTS.

28) **Joseph S. Gibb. Deviationen des Nasenseptums. (Deviations of the nasal septum.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. Oct. 1904.*

Die Erfahrungen des Verf.'s gründen sich auf 100 Operationen. Für rein knorplige Deviationen empfiehlt er am meisten die Asch'sche Operation. Eine Ausnahme bilden nur die Fälle, in denen die Verbiegung derartig ist, dass zwischen Septum und lateraler Nasenwand nicht genügend Raum zum Einführen der Instrumente ist. Für diese Fälle, bei denen meist auch eine starke, knöcherne Verbiegung vorhanden ist, eignen sich andere Operationsmethoden besser. Ein Nachtheil der Aschoperation besteht in dem Tragen der Röhren, sie geben jedoch dem Pat. ein Gefühl der Erleichterung und gewähren die Sicherheit, dass die Correction bestehen bleibt. Nach den Worten des Verf.'s müssen die amerikanischen Rhinologen sich gegen die Behauptung Hajek's verwahren, wonach Resultate, wie sie durch die Fensterresection erzielt werden, bei keiner anderen Operation möglich sind. Ueberhaupt seien die von amerikanischen Rhinologen empfohlenen Operationen im Ausland nicht genügend bekannt und gewürdigt. Bei der im Winter 1903 vor der Londoner Laryngological Society stattgefundenen Discussion sei über französische, deutsche und englische Operationsmethoden sehr viel gesagt worden, von den amerikanischen Methoden sei nur die Asch'sche erwähnt worden und diese habe nur in wenigen Fällen Anwendung gefunden. EMIL MAYER.

29) **George H. Powers. Plastische Operationen zur Resection des Nasenseptums und Excision von Septumleisten. (Plastic operations for resection of the nasal septum and excision of septal spurs.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 10. Nov. 1904.*

P. beschreibt eine Lappenoperation für Deviationen und eine ähnliche für Leisten. Die dazu notwendigen Instrumente beschreibt er und giebt Abbildungen von ihnen. EMIL MAYER.

30) **M. Shirmunski. Zur operativen Behandlung der Septumverkrümmungen. (K operatiwnomu letschenijio iskriwlenii peregorodki nosa.)** *Prakt. Wratsch. 1904. p. 249.*

Der Inhalt dieser Mittheilung ist bereits kurz unter den Protokollen des Pirogow-Congresses 1904 mitgetheilt worden. P. HELLAT.

31) **H. Gradle. Klinische Erfahrungen über Vergrösserung der Rachentonsille. (Clinical experiences with the enlarged pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Med. News. 19. Dec. 1903.*

Folgendes sei aus den interessanten und lehrreichen Ausführungen des Verf.'s hervorgehoben. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen ist die Behinderung der

Nasenathmung direct auf die Verlegung der Nase durch die Hyperplasie des adenoiden Gewebes zurückzuführen; die grössere Obstruction der Nase während des Schlafes hat ihren Grund vielmehr in einer Turgescenz der hinteren Enden, zum mindesten der unteren, vielleicht auch der mittleren Muschel. Die verschiedene Intensität und Dauer dieser Turgescenz erklärt auch, warum die charakteristische „todte" Nasensprache nicht bei allen Pat. in gleicher Weise ausgesprochen ist. Ein grosser Theil der durch die Adenoiden bedingten Schäden hat seinen Grund in der Neigung der hyperplasirten Rachentonsille zu häufigen Entzündungen. Wichtig sind auch die Beziehung der Adenoiden zu den Augenerkrankungen.

Eine grosse Mehrheit der an phlyctenulärer Keratitis leidenden Kinder ist Träger von A. V. Verf. sieht den Grund für die Hypertrophie der Rachentonsille in häufigen Anfällen von Coryza bei disponirten Individuen. Unleugbar ist der Einfluss der adenoiden Vegetationen auf den allgemeinen Ernährungszustand: In Uebereinstimmung mit den Beobachtungen von Lichtwitz u. Sabrazès fand Verf., dass nach der Operation häufig rapide Besserung von Anämie stattfand.

Was die Operation anbetrifft, so ist der durch sie veranlasste günstige Erfolg um so unmittelbarer und vollständiger, je jünger das operirte Kind ist, was seinen Grund wohl darin hat, dass bei längerem Bestehen von adenoiden Vegetationen sich hyperplastische Zustände in den oberen Luftwegen herausbilden. Recidive führt Verf. stets auf unvollkommene Operation zurück.

LEFFERTS.

32) **W. Wingrave. Ein Fall von hartnäckiger Nasenröthe bei einem 21jährigen Mann, geheilt durch Entfernung von Adenoiden. (A case of persistent superficial nasal Hyperaemia in a man aged 21 years cured by removal of Adenoids.)** *Lancet. 19. Dec. 1903.*

Die Nasenröthe bestand seit 2 Jahren. Es war keine Nasenverstopfung vorhanden, jedoch fanden sich ausgesprochene adenoide Vegetationen. Nach ihrer Entfernung verschwand die Nasenröthe und die dilatirten oberflächlichen Venen.

ADOLPH BRONNER.

33) **T. A. Stucky. Adenoide des Nasenrachens. (Nasopharyngeal adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Febr. 1904.*

Folgendes sei aus den Ausführungen des Verf.'s hervorgehoben: Häufig kehren nach gründlicher Entfernung der Rachentonsille hypertrophirte Gaumentonsillen von selbst zu normaler Grösse zurück; Verf. habe dies so oft eintreten sehen, dass er ein Ausbleiben der Reduction als eine Ausnahme ansehen muss.

LEFFERTS.

34) **F. Massei. Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachens bei Säuglingen. (Le vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo nei poppanti.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1904.*

Die adenoiden Vegetationen der Säuglinge verdienen deshalb eine besondere Besprechung, weil in Folge der beschränkten Raumverhältnisse des Nasenrachens bei ihnen die Symptomatologie eine schwerere ist, als bei älteren Kindern. Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über diese Symptomatologie, in der neben der behinderten Athmung die erschwerte Ernährung eine grosse Rolle spielt. Verf. erwähnt auf Grund einer Mittheilung von Martuscelli, dass die adenoiden Vege-

tationen der Säuglinge sich von denen der älteren Kinder histologisch dadurch unterscheiden, dass man in ihnen stets ein mehr oder minder dichtes Netz findet, in dessen Maschen Lymphelemente sich befinden, ein Netz analog dem der Lymphdrüsen. Die Lymphfollikel sind hyperplasirt; die Bindegewebssklerose fehlt. Für die Diagnose empfiehlt Verf., sich der Kantorowicz'schen Methode zu bedienen, d. h. mit einer mit Watte umwickelten Sonde hinter dem weichen Gaumen in die Höhe zu gehen. Ist die Watte beim Hervorziehen der Sonde blutbefleckt, so ist der Verdacht auf das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen gerechtfertigt. Bezüglich der Operationsmethode ist, wenn man das Auskratzen der Geschwülste wählt, das Hartmann'sche Instrument dem Gottstein'schen vorzuziehen. FINDER.

35) **C. D. Conkey. Entfernte Folgen von Adenoiden. (Remote sequelae of Adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 13. Febr. 1904.*

In 5—15pCt. der Fälle tritt in der Pubertät keine Involution der Rachentonsille ein, sondern dieselbe bleibt bis ins mittlere Lebensalter bestehen. Verf. bespricht die durch Anwesenheit von adenoiden Vegetationen bedingten Veränderungen im Organismus, ohne Neues zu sagen. LEFFERTS.

36) **S. Citelli. Adeneido Vegetationen und Taubstummheit. (Vegetazioni adenoidi e sordomutismo.)** *Bollet. d. Malattie dell'orecchio, della gola e dal naso. Juli 1904.*

Verf. bespricht zuerst die Fälle von Taubheit in Folge Verlegung der Tubenöffnungen, die acuten und chronischen Entzündungsprocesse katarrhalischer und eitriger Natur, die in Folge Bestehens von adenoiden Vegetationen im Mittelohr entstehen und zur Beeinträchtigung des Gehörs führen können. Er berichtet dann über den Fall eines $3^1/_2$jährigen Mädchens, das nach Angabe der Eltern taub geboren war. Es bestand eine beiderseitige Trommelfellretraction und sehr grosse Rachentonsille. Sehr starke Geräusche, z. B. ein Flintenschuss, wurden noch wahrgenommen. Die Operation der Rachentonsille wurde ausgeführt und nach mehreren Monaten konnte das Kind bereits ziemlich gut hören. Ausser der Taubstummheit kommt bei Kindern auch einfache Stummheit oder Alalia idiopathica in Folge adenoider Vegetationen vor und zwar, weil in Folge lymphatischer Stauung im Gehirn bei diesen Kindern, die noch besonders disponirt sein müssen, der Reiz zur Nachahmung fehlt. FINDER.

37) **J. F. Fischer** (Kopenhagen). **Die durch adenoide Vegetationen hervorgerufenen ferneren Symptome. (Do vedadenoide Vegetationer fremkaldte Symptomer.)** *Ugesk. for Läger. 4. Aug. 1904.*

Unter 500 Patienten mit adenoiden Vegetationen wurde Epistaxis bei 53 Pat. notirt (10,6 pCt.); Enuresis wurde häufig bei den Patienten beobachtet und nach der Operation geheilt. Kopfschmerzen hatten 221 oder 44,2 pCt. der Patienten. Anämie wurde bei 171 oder 34,2 pCt. beobachtet. 179 Patienten oder 35,8 pCt. litten an Apropexie. Unter den Patienten litten 18 an Stottern, 3 an Fehlern der Aussprache.

Die Arbeit ist übrigens in deutscher Sprache im Archiv für Ohrenheilkunde. 62. Bd. 1904. S. 186 u. f. veröffentlicht. E. SCHMIEGELOW.

38) **Hugh N. Leavell. Anästhesie bei Adenoidoperationen. (Adenoid anaesthesia.)** *American Practitioner and News. 1 Febr. 1904.*

Verf. operirt unter Chloroformnarkose; die Narkose soll nicht so tief sein, wie sonst bei chirurgischen Eingriffen, so dass Kehlkopf- und Conjunctivalreflex nicht völlig aufgehoben sind.

EMIL MAYER.

39) **Notiz des Herausgebers Anästhesie bei Adenoidoperationen. (Adenoid Anaesthesia.)** *International Journal of Surgery. Juli 1904.*

Es soll Operation der adenoiden Vegetationen oder Gaumentonsillen niemals ohne Narkose vorgenommen werden, falls nicht genügende Gründe dagegen sprechen. Die Operation soli am liegenden Patienten bei hängendem Kopf unter guter Beleuchtung stattfinden.

EMIL MAYER.

40) **John R. Winslow. Behandlung von adenoiden Vegetationen. (Treatment of adenoid vegetations.)** *Journal of eye and ear diseases. Januar-Febr. 1904.*

Verf. räth, um dem Entstehen von Recidiven vorzubeugen, Anwendung adstringirender Dämpfe von Menthol, Resorcin und Benzoinol; auch sollen Athemübungen gemacht werden.

EMIL MAYER.

41) **Daniels. Adenoidoperationen zu Hause. (Adenoid operations at home.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Nach D.'s Ansicht besteht eine grosse Gefahr bei Adenoidoperationen darin, dass diese im Hause des Arztes vorgenommen werden und der Patient dann kurz darauf den Heimweg durch die staubigen Strassen antritt. Man sollte nicht vergessen, dass eine grosse Wunde besteht, über welche die mit infectiösem Material beladene Luft dahinstreicht. D. räth, niemals im Hause des Arztes die Operation machen zu lassen.

LEFFERTS.

42) **Coley. Endocarditis nach Adenoidoperationen. (Endocarditis after adenoid operations.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Verf. hat einen solchen Fall beobachtet, er kennt zwei andere, in denen septische Infection der serösen Häute nach erfolgreicher Adenoidoperation auftrat. Man soll an diese Möglichkeit denken und den Eltern alle auf Vermeidung septischer Infection hinzielenden Verhaltungsmaassregeln ans Herz legen.

LEFFERTS.

43) **Putnam. Adenoidoperationen und Sterblichkeit. (Adenoid operations and Mortality.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Verf. hat einen Fall gesehen, in dem nach Operation von adenoiden Vegetationen sich eine eitrige Meningitis entwickelte, die tödtlich endete. Er glaubt, dass solche tödtlichen Folgekrankheiten nach Adenoidoperationen häufiger sind, als man glaubt. Vor einiger Zeit hatte er ebenfalls bei einem 20jährigen jungen Mann nach dieser Operation Meningitis entstehen sehen. Wahrscheinlich ist von den geöffneten Lymphwegen in diesen Fällen infectiöses Material resorbirt worden.

LEFFERTS.



44) **E. Urbantschitsch. Auffange- und Schutzvorrichtung bei der operativen Behandlung adenoider Vegetationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1904.*

Der Titel bringt den Inhalt des Artikels, das Instrument ist zu haben bei Reiner in Wien IX, Van Swietengasse 10.

SCHECH.

45) **Baurowicz. Zur Operationstechnik der Tonsilla pharyngea. (Wsprawie oporowania migdatka Gawniclowogo.)** *Przegl. Lek. 43. 1904.*

Zur diesbezüglichen Operation empfiehlt der Verf. aufs Wärmste das Schütz-Passow'sche Instrument, mit welchem am schnellsten und mit relativ geringen Schmerzen die Tonsille entfernt wird.

A. v. SOKOLOWSKI.

c. Mundrachenhöhle.

46) **Erich Conrad. Ueber den heutigen Stand der Kenntniss der Vincent'schen Angina.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 525. 1903.*

Zusammenstellung der Literatur und Mittheilung von 3 eigenen Fällen.

F. KLEMPERER.

47) **Auché. Progressive völlige Zerstörung der Uvula durch den Ulcerationsprocess der Vincent'schen Angina. (Destruction progressive et complète de la luette par le processus ulcéreux de l'angine de Vincent.)** *Gaz. hebd. des sciences médic. de Bordeaux. 19. Nov. 1903.*

Verf. beschreibt zwei Fälle, die für eine Contagiosität der Angina ulceromembranacea sprechen, ferner für die Möglichkeit einer Association zwischen dem Löffler'schen Bacillus mit Spirillen und fusiformen Bacillen.

E. J. MOURE.

48) **White Marx. Ein Fall von ulceröser Angina mit fusiformen Bacillen und Vincent'schen Spirillen. (A case of ulcerative angina with the fusiform bacillus and Spirillum of Vincent.)** *Northwestern Lancet. 1. Mai 1904.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

49) **Blumenthal** (Berlin). **Präparate von Angina ulcerosa.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 33. Vereinsbeilage.*

Fall 1 und 2 enthielten Bacillus fusiformis mit Spirillen, Fall 3 daneben diphtherieverdächtige Stäbchen. Alle 3 Fälle mit Diphtherieheilserum behandelt, welches nur auf Fall 3 wirkte. Fall 1 und 2 fieberlos.

ALBANUS (ZARNIKO).

50) **Uffenheimer. Beiträge zur Klinik und Bacteriologie von Angina ulcerosa membranacea (Vincent'sche Angina).** *Münchener med. Wochenschr. No. 27 und 28. 1904.*

Im Anschluss an einen von U. beobachteten Fall bespricht derselbe eingehender die Bacteriologie der Krankheit; Beweglichkeit ist dem Bacillus fusiform. nicht eigen, wie dies von manchen behauptet wird. Dagegen gleicht die des Spirachaeten der eines schwimmenden Aales. In drei weiteren Fällen von U. handelte es sich nicht um die typische Angina ulc. membr.; die Mundschleimhaut war von Stomacace befallen und lokalisirten sich auch auf den Tonsillen ent-

sprechende Veränderungen. Die bakteriologischen Details müssen im Original nachgesehen werden.

SCHECH.

51) **R. R. Campbell. Differentialdiagnose zwischen pseudomembranöser Angina bei Syphilis und diphtherischer Angina. (Differential diagnosis between pseudomembranous angina of syphilis and diphteritic angina.)** *Journal of the American Medical Association. 19. Nov. 1904.*

Eine pseudomembranöse Angina bei Syphilis ist nicht selten, sie ist ihrem klinischen Bilde nach nicht immer leicht von Diphtherie zu unterscheiden; es müssen daher Culturen angelegt werden. Während deren Wachsthum abgewartet wird, soll man in verdächtigen Fällen stets schon Antitoxin geben.

EMIL MAYER.

52) **H. Lamb. Acute lacunäre Tonsillitis. (Acute lacunar tonsillitis.)** *Cincinnati. Lancet Clinic. 20. Aug. 1904.*

Verf. giebt innerlich Eucalyptol und Kreosot.

EMIL MAYER.

53) **Lejars** (Paris). **Angina und Appendicitis. (Angine et Appendicite.)** *Semaine médicale. 29. Juni 1904.*

Verf. betont den Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen.

PAUL RAUGÉ.

54) **Nauwelaers. Occipitalneuralgie als Folge gewöhnlicher Anginen. (Névralgie occipitale, suite d'angines vulgaires.)** *La Clinique. No. 21. 1904.*

In der Sitzung vom 1. Mai 1904 des Cercle médical von Brüssel berichtet N. über einen Fall, dessen Entstehungsweise die Bemerkungen Vincent's bestärkt, dass nämlich Connexionen bestehen zwischen dem N. spinalis, dessen innerer Ast sich zum Pharynx begiebt, und den hinteren Wurzeln des 2. Halspaares: im Verlauf einer einfachen Angina trat eine intensive rechtsseitige Occipitalneuralgie auf, begleitet von Torticollis; im Niveau der Basis des rechten vorderen Gaumenbogens ist ein kleines, oberflächliches, schmerzloses Geschwür zu erkennen, umgeben von einer entzündlichen Zone, geringe Anschwellung der entsprechenden Mandel, aber im Grunde genommen war die von dieser kleinen Wunde ausgehende Infection wenig markirt und die Amygdalitis verschwand ohne eine Phlegmone zu veranlassen.

BAYER.

55) **Vincent. Die Occipitalneuralgie bei gewöhnlichen Anginen. (La névralgie occipitale dans les angines vulgaires.)** *Société médicale des hôpitaux. 22. April 1904.*

In 136 Fällen verschiedener Formen von Angina hat Verf. 17 Mal, d. h. in 12,5 pCt. der Fälle, eine Neuralgie des Occipitalnerven constatiren können. Dieser — gewöhnlich einseitige — Schmerz hat seinen Sitz am häufigsten rechts; er steigert sich beim Schlucken und bei Druck auf den Nacken auf die Austrittsstelle der Occipitalnerven.

Diese bisher nicht beachtete Complication scheint eine Folge der anatomischen Beziehungen zwischen den sensiblen Nerven des Pharynx und dem zweiten Cervicalnerven (Arnold) zu sein. In der That sendet die zweite hintere

Cervicalwurzel bisweilen einen oder mehrere sensible Aeste zum Spinalnerven. Diese sensiblen Fäden begleiten den inneren Zweig dieses Nerven bis zum Ganglion plexiforme des Vagus, trennen sich wahrscheinlich von diesem Ganglion, indem sie dem Pharynxnerven folgen, um im Plexus pharyngeus zu enden.

So erklärt sich die Verbindung zwischen dem Occipitalnerven und den sensiblen Zweigen des Pharynx.

Die in Frage kommende Anastomose war nicht constant, wodurch sich erklärt, dass die Occipitalneuralgie nicht in allen Fällen zu Beobachtung kam.

PAUL RAUGÉ.

56) **Sir Jsambard Owen. Ein Fall von Blutvergiftung durch Tonsillitis. (A case of blood poisoning from tonsillitis.)** *Lancet. 15. Oct. 1904.*

Der Fall betrifft einen 22jährigen Mann, der an septischer Tonsillitis erkrankte. Es wurden weder Diphtheriebacillen noch Streptokokken gefunden. Die Temperatur stieg jeden Abend bis auf 40°. Das Abdomen war aufgetrieben, das rechte Knie- und Schultergelenk geschwollen. Pat. bekam Delirien. Jetzt wurden im Blut Streptokokken gefunden. Es wurden 4 Injectionen zu 20 ccm Antistreptokokkenserum gemacht. Danach verschlimmerten sich die Symptome. Ueber der linken Lungenspitze hörte man Bronchialathmen. Nach 8 Injectionen mit Roux-schem Serum trat Besserung ein. Mit vorzüglichem Resultat wurde auch Chinin mit Eisenperchlorid und verdünnter Salzsäure gegeben. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

57) **Notiz des Herausgebers. Einseitige Pupillencontraction bei phlegmonöser Angina. (Unilateral pupillary contraction in phlegmonous angina.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juni 1904.*

Es wird auf ein zuerst von M. H. Vincent (Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 26. Mai) in 18 Fällen 5 Mal beobachtetes Phänomen hingewiesen, nämlich eine durch Pupillarcontraction bedingte Myosis.

LEFFERTS.

58) **Louis B. Wilson. Ueber gewisse nicht-diphtherische Anginen. (On certain non-diphteritic anginas.)** *St. Paul Medical Journal. Sept. 1904.*

Im bacteriologischen Institut des staatlichen Gesundheitsamts von Minnesota hat Verf. Untersuchungen über verschiedene Arten von Angina angestellt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse leicht mit Diphtherie zu verwechselnde Arten. Er theilt die pseudo-membranösen Anginen in 5 Gruppen, je nachdem der bacteriologische Befund lautet auf 1. Streptokokken, 2. Pneumoniediplokokken, 3. Friedländer'schen Bacillus, 4. Vincent'sche Spirillen, 5. Blastomyceten. Er gelangt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die nicht-diphtherischen pseudomembranösen Anginen lassen sich in verschiedene Gruppen eintheilen, von denen jede eine mehr oder weniger scharf umschriebene klinische Einheit darstellt, charakterisirt durch das alleinige oder überwiegende Vorkommen einer Species von Mikroorganismen.

2. Diese Anginen geben zu Verwechslungen mit Diphtherie Anlass, sind

leicht übertragbar und ihre Behandlung sollte dem bacteriologischen Befund entsprechen.

3. Neben der klinischen Beobachtung soll in diesen Fällen eine sorgfältige bacteriologische Untersuchung einhergehen.

EMIL MAYER.

59) **Lebar. Angina und Weisheitszahn. (Angine et dent de sagesse.)** *Soc. de l'internat. des hôpitaux de Paris. 24. Nov. 1904.*

Einseitige Angina, die mit dem Durchbrechen des Weisheitszahns auf derselben Seite zusammenfiel.

Jacquet hat einen entsprechenden Fall gesehen. Es bestand gleichfalls eine Angina mit überwiegendem Befallensein der einen Seite; ferner waren neuralgische Schmerzpunkte supra- und suborbital, retromaxillar und occipital derselben Seite vorhanden.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

60) **A. Brunard. Die Diphtheritis seit 1901 auf der Abtheilung von Prof. Jacques im St. Petrushospitale. Die Bilanz der Intubation und der Tracheotomie. (La diphthérie depuis 1901 dans le service de M. le Prof. Jacques à l'Hopital St. Pierre; la bilance du tubage et de la trachéotomie.)** *La Clinique. No. 37. 1904.*

Im Jahre 1901 wurden 94 Fälle von Diphtheritis, Angina und Croup mit 15 Todesfällen behandelt; 68 Interventionen waren nothwendig: 36 Tracheotomien mit 11 Todesfällen und 45 Intubationen, wovon 32 Intubationen mit 2 Todesfällen, und 11 Intubationen mit nachfolgender Tracheotomie mit 4 Todesfällen und 3 Intubationen nach 1 Tracheotomie mit einem Todesfall.

Im Jahre 1902 kamen unter 117 Diphtheritisfällen mit 16 Todesfällen: 73 Intubationen auf 5 Tracheotomien.

Im Jahre 1903 82 Diphtheritisfälle mit 7 Todesfällen: 36 Intubationen mit 6 Todesfällen; keine Tracheotomie.

Vom 1. Januar 1904 bis 30. April: 45 Diphtheritiden mit 3 Todesfällen: 19 Intubationen mit 2 Todesfällen; keine Tracheotomie.

Die Tracheotomie wurde demnach auf der Abtheilung ganz von der Intubation verdrängt.

BAYER.

61) **Neufeld** (Posen). **Ueber chronische Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 20.*

Nach einer anscheinend leichten Angina trat bei einer 21jährigen Patientin, die eine Kohlenoxydgasvergiftung überstanden, unter Schluckbeschwerden ein Geschwür im Nasenrachen auf. Bacteriologisch: Reincultur von Diphtheriebacilen. Pseudomembranbildung wurde nicht beobachtet. Nach zwei Monaten subjectives Wohlbefinden, Heilung des Geschwürs erst nach 5 Monaten unter Milchsäurepinselungen und Gurgeln mit übermangansaurem Kali. Verf. rechnet den seltenen Fall den Diphtheroiden nach von Behring, die „klinisch dem Bilde der Bretonneau'schen Diphtherie unähnlich, dennoch durch Diphtheriebacillen hervorgerufen werden", zu.

ALBANUS (ZARNIKO).

62) **François. Beitrag zum Studium streptococcischer Pseudodiphtheritiden. (Contribution à l'étude du pseudo-diphtéries streptokokkiques.)** *Archiv Méd. Belges. Juni 1904.*

Der Autor führt zwei schwere Fälle von primärer Streptokokkenpseudodiphtherie an; der eine betrifft ein 7jähriges Mädchen, der andere einen 20jährigen jungen Mann mit tödtlichem Ausgang in kürzester Zeit. Bemerkenswerth ist dabei nach Verfasser, dass keine infectiöse Krankheit vorausgegangen, die Localsymptome beschränkt und das Aussehen ein diphtheroides war; das Bewusstsein blieb erhalten und fötider Athem trat erst gegen den Schluss auf, und schliesslich kommt noch der rasche Verlauf in Betracht.

BAYER.

63) **Ignatowsky** (Tomsk). **Ueber Scharlachdiphtherie.** *Züricher Dissertation. Druck d. schweiz. Grütlivereins. Zürich 1903.*

Verf. fand in 14 Fällen Streptokokken und nur 2mal Diphtheriebacillen (Material der medicinischen Klinik in Zürich). Sie hält in Uebereinstimmung mit den meisten neueren Autoren den Streptococcus pyogenes, und keineswegs den Diphtheriebacillus, für einen wesentlichen Factor, welcher bei der diphtherischen und nekrotischen Entzündung des Rachens und der Nase im Scharlach eine wichtige Rolle spiele. Hierbei möge dahin gestellt bleiben, ob die Streptococcusinvasion als Primär- oder als Secundärinfection aufzufassen sei.

JONQUIÈRE.

64) **W. P. Northrup. Pharynxcroup durch Nasenintubation gebessert. (Pharyngeal croup relieved by nasal intubation.)** *Archives of Pediatrics. Juli 1903.*

Ein 5 Monate altes Kind bekam in Folge starker Schwellung der Pharynxschleimhaut und der Tonsillen mit Verlegung des Nasenrachens derartige Behinderung der Athmung, dass es weder trinken, noch schlafen konnte. Das einzige Mittel schien die Tracheotomie zu sein. Nasenintubation mit weichen Gummiröhren erleichterte die Dyspnoe, so dass das Kind schlafen und trinken konnte. Es ging später an Pneumonie zu Grunde.

EMIL MAYER.

65) **Brunard. Die Nasenintubation und die Misserfolge der Larynxintubation. (Le tubage nasal et les échecs du tubage laryngien.)** *La Clinique. No. 4. 1904.*

B. schlägt nach dem Vorgange von Northrup die Nasenintubation bei schweren Scharlachanginen vor, wenn bei Pseudodiphtheritis eine enorme Anschwellung der Pharynxorgane bestehe, mit Retention fötider mucopurulenter Secrete der Nasenhöhle und hauptsächlich des Cav. retronasale. Er bedauert die Methode nicht früher gekannt zu haben, sie hätte ihm in einem von ihm citirten Falle die Tracheotomie ersparen können.

Was die Misserfolge der Intubation anbelange, so habe er deren zwei in seiner Privatpraxis gehabt, einen in Folge des Vorhandenseins adenoider Vegetationen, den andern wegen eines bestehenden Lungenödems; dazu komme noch das Verstopfen der Trachea durch Pseudomembranen, wovon Marfan in Paris einen Fall mitgetheilt, in welchem die Tracheotomie das Ausstossen der Pseudomembranen ermöglichte. Trotzdem halte er aber daran fest, dass die Intubation in der Mehr-

zahl der Fälle die Tracheotomie ersetze, nur solle der Arzt, welcher die Intubation vornimmt, sich immer zugleich mit dem nöthigen Instrumentarium für die Tracheotomie versehen.

BAYER.

66) **Rosa Engelmann. Siebenzig Intubationen wegen Kehlkopfdiphtherie. (Seventy intubations for laryngeal diphtheria.)** *American Medicine. 26. Nov. 1904.*

Die 70 Intubationen wurden unter sehr ungünstigen äusseren Bedingungen ausgeführt. Die Sterblichkeit betrug 37 pCt.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **Jórgen Möller. Kurzgefasste Darstellung des Baues und der Wirkungsart der Stimmorgane, für Sänger und Gesanglehrer bestimmt. (Kortfattet Fremstelling af Stemmeorganernes Bygning og Virkemaade, beregnet for Sangere og Sanglaerere.)** *Kopenhagen J. Frimodts Forlag. 1904. 75 Ss.*

Diese populär geschriebene Arbeit giebt Vorlesungen wieder, die der Verf. in dem Königlichen Dänischen Musikconservatorium gehalten hat.

E. SCHMIEGELOW.

68) **Barth** (Frankfurt a. O). **Ein neuer Gesichtspunkt bei der Behandlung der Aphonia spastica.**

Verf. konnte in einem Falle einen zeitweiligen, in 3 (davon einer 2 Jahre stimmlos) Fällen einen dauernden Erfolg herbeiführen dadurch, dass er beim Phonationsversuch zwischen die krampfhaft geschlossene Glottis im cartilaginösen Theil als Keil einen Sondenkopf oder eine endolaryngeale Elektrode drängte. Danach wurde die Sprache laut und tönend. Verf. erklärt, indem er die Aphonia spastica als Coordinationsstörung auffasst, den Erfolg damit, dass durch die mechanische Beeinflussung der Glottisbildung wieder die dazu gehörigen richtigen und verloren gegangenen Coordinationsvorstellungen geweckt werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

69) **Trömner** (Hamburg). **Ursachen und Heilung des Stotterns.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 36. Vereinsbeilage.*

Erörterung der Bedingungen der normalen Sprache; „bei zu schwacher Innervation entsteht verwaschene Sprache (Lallen), bei verkehrter Innervation Stammeln, bei zu starker und zu langer (krampfhafter) Stottern.“ Nur bei initialen Lautstellungen (Silben-, Wort-, Satzanfang) wird gestottert, und nur, wenn der Stotterer „weiss, dass er sprechen soll“; also eine Art Zwangsneurose. Erblichkeitsziffer beim Stotterer ca. 60 pCt. Die vorhandene neuropathische Belastung documentirt sich in allgemeiner Disposition zu nervösen Zuständen und in einer besonderen motorischen Belastung, einer „Art Debilität des Sprachmechanismus“: Therapeutisch meist Erfolg durch Combination von hypnotischer Suggestion und Sprachübungen.

In der Discussion spricht Marr für Auffassung des Stotterns als spastische Coordinationsneurose, Thost fasst das Stottern auf als eine Reflexneurose aus

mechanischen Ursachen (gehemmte Nasenatmung durch Hyperplasie der Gaumen- und Rachenmandel), Fock hebt als Wichtigstes die Autosuggestion hervor, Engelmann plädirt für Auffassung als spastische Coordinationsneurose, Sinell erklärt als Wesentliches eine reizbare Schwäche des Sprachcentrums.

ALBANUS (ZARNIKO).

70) **Percy Fridenberg. Die sociale Bedeutung der Sprachdefecte. (The social significance of defective speech.)** *St. Louis Medical Review. 10. Dec. 1904.*

Nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

71) **Bargebuhr** (Hamburg). **Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 27.*

Verf. verwandte in 32 Fällen von Pertussis Aristochin, ein ungiftiges Chininderivat der Elberfelder Farbenfabriken; als Einzelgabe dem Kinde soviel Decigramme, wie es Lebensjahre zählt; 2—3mal täglich. Bei 26 dieser Fälle günstige Erfolge; in den anderen Fällen versagte das Mittel.

ALBANUS (ZARNIKO).

72) **R. Devos. Der Keuchhusten. (La Coqueluche).** *La Clinique. No. 12 und 13. 1904.*

Bericht über die Keuchhustenbehandlung auf der Abtheilung von Dr. Nauwelaers mit dem Leuriaux'schen Serum. 2 Serien. Bei der ersten Serie war das Serum dem Kaninchen entnommen, bei der zweiten dem Pferde. Das Gutachten von Dr. Nauwelaers geht dahin, dass das Leuriaux'sche Serum in gewissen Fällen ein ausgezeichnetes Resultat geliefert hat; in anderen Fällen trat sein wohlthuender Einfluss weniger hervor. Der Autor glaubt, dass man, um eine bestimmte Meinung über den Werth der Behandlung sich bilden zu können, abwarten müsse, bis man in den Besitz eines von grossen und stark immunisirten Thieren herstammenden Serums gelangt, dessen antitoxischer Werth genau determinirt sei.

In einer dritten Serie, in welcher der Autor selbst dem Pferde entnommenes Leuriaux'sches Serum larga manu angewandt hatte, waren die erzielten Resultate weniger gut, als in den beiden andern Serien, aber trotzdem könne er in aller Aufrichtigkeit behaupten, „dass das Leuriaux'sche Serum eine Wirkung auf den Keuchhusten ausübe". Die Ueberlegenheit des Kaninchenserums über das vom Pferde beruhe darauf, dass es Dr. Leuriaux nach seinen eigenen Aussagen nicht gelungen ist, das Pferd so vollständig zu immunisiren, als das Kaninchen. Leuriaux schreibt daher dem Kaninchenserum eine bactericide Wirkung von 6000 Einheiten zu, während die gleiche Menge Pferdeserums nur 3500 Einheiten betragen. Die Arbeiten Leuriaux' hätten jedenfalls den richtigen Weg gezeigt, obgleich man noch nicht auf der letzten Etappe angelangt sei.

BAYER.

73) **Broeckaert. Einige Worte über seine Versuche über die motorische Innervation des Larynx beim Affen. (. . . quelques mots de ses recherches sur l'innervation motrice du larynx chez le singe.)** *La Belgique Méd. No. 10. 1904.*

Das Studium der trophischen Störungen der Kehlkopfmuskeln nach Durch-

schneidung des Recurrens beim Affen erlaube nicht einen Schluss auf die biologische resp. physiologische Inferiorität des Abductionsmuskels zu ziehen. Auf diese bedeutungsvolle Thatsache wird B. später noch zu sprechen kommen.

BAYER.

74) **Davidsohn u. Westheimer** (Berlin). **Ueber einen Fall von Tabes mit Kehlkopfaffection (Vagus-Accessoriuslähmung) und Erkrankung des Ohrlabyrinths.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 47.*

42jähriger Kellner, zuerst Jahre lang Crises gastriques, dann allmälig dauernd heiser, zunehmende Abnahme des Hörvermögens links; zuletzt noch andere Erscheinungen der Tabes. Sensibilität im Pharynx und Larynx stark herabgesetzt. Diagnose: „Tabes dorsalis, Atrophia nerv. opt. utr., Abducensparese beiderseits; Parese des Laryngeus superior beiderseits, complete Recurrenslähmung links, fast complet rechts; Gaumensegellähmung beiderseits, degenerative Atrophie der unteren zwei Drittel des linken Cucullaris, beginnende des rechten Cucullaris, Labyrinth- (Acusticus-?) Affection links". Hervorgehoben wird die Seltenheit der Accessoriusbetheiligung bei Tabes, die fast doppelseitige Recurrenslähmung und die ausgesprochene Anästhesie im Kehlkopf.

ALBANUS (ZARNIKO).

75) **Vial** (Lyon). **Aortenaneurysma; Ictus laryngis; Recurrenslähmung. (Ectasie aortique; Ictus laryngé; paralysie du récurrent.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 15. Juni 1904.*

Pat. war ein 68jähriger Mann. Es bestand ausgesprochener Ictus mit nachfolgender Aphonie, als deren Ursache sich Lähmung des linken N. recurrens herausstellte. Die Radiographie zeigte die Existenz eines Aneurysma des Arcus aortae. Dieselbe hatte keine klinischen Symptome veranlasst. Verf. bezeichnet den Fall als den ersten von Ictus laryngis mit nachfolgender Recurrenslähmung.

PAUL RAUGÉ.

76) **Riva. Das Kehlkopfgeräusch und jugendliche Arteriosclerose. (Lo scroscio laringeo e l'induramento giovanile delle arterie.)** *XIV. Italienischer Congress f. innere Medicin. October 1904.*

Bei Individuen vorgerückten Lebensalters fühlt man oft, wenn man den Kehlkopf gegen die Wirbelsäule bewegt, unter den Fingern ein von der Verhärtung des Larynx herrührendes Geräusch. Verf. hat dieses Geräusch auch bei jugendlichen Personen im Alter von 16—20 Jahren constatiren können und dann fiel es zusammen mit dem Bestehen einer Arteriosklerose. Es fand sich jedesmal Accentuation des II. Tons. Verf. meint, dass das Kehlkopfgeräusch auch auf eine sonst noch nicht nachweisbare Arteriosklerose hinweist.

FINDER.

77) **Dr. Masip** (Barcelona). **Der schwere Pseudocroup. (El falso crup grave.)** *El Criter. Catol. en las Cicus. Medic. No. Junio 1902.*

Verf. unterscheidet im Einvernehmen mit Castaneda hinsichtlich der Ursachen der Larynxstenosen ohne Pseudomembranen zwei pathogene Elemente, ein Entzündungs- und ein spasmodisches Element. Wenn letzteres dominirt, hat man es mit dem klassischen Pseudocroup oder stridulösem Laryngismus zu thun,

welcher gewöhnlich den adenoiden Wucherungen zuzuschreiben ist. Wenn das Entzündungselement vorherrscht, handelt es sich um den schweren Pseudocroup. Bei diesem ist es sicherlich schwierig, ihn von dem primären Croup des Kehlkopfes pseudomembranösen Ursprungs zu unterscheiden.

R. BOTEY.

78) **Chas. W. Richardson. Acute subglottische Laryngitis. (Laryngitis hypoglottica acuta.)** *Washington Medical Annals. März 1904.*

Die Bezeichnung ist gewählt für eine hauptsächlich das submucöse Gewebe betreffende acute Kehlkopfentzündung, die besonders die ary-epiglottischen Falten, die Taschenbänder und besonders die unmittelbar unter den Stimmlippen gelegene Partie befällt. Von den fünf Fällen des Verf.'s starb einer; in zwei musste zur Intubation geschritten werden.

EMIL MAYER.

79) **E. J. Moure. Ueber einen Fall von aphthöser Laryngitis. (On a case of aphthous laryngitis.)** *Annales of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Im vorliegenden Fall fand Verf. an der Zungenbasis und am freien Rand der Epiglottis einige kleine schalenförmige Erosionen, die von einem grauen opalinen Belag bedeckt und von einem etwas röthlichen Hof umgeben waren, der sich gegen die gesunde Schleimhaut absetzte. Verf. hielt die Affection für eine aphthöse; er erfuhr von der Patientin, dass sie oft an aphthösen Eruptionen im Munde litt und noch vor kurzem solche auf der Unterlippe und der Zunge gehabt habe. Unter Application einer 20proc. Argentumlösung auf die afficirten Stellen, Anwendung alkalischer Gargarismen und blander Diät verschwanden die Schmerzen innerhalb weniger Tage und man sah die normale, nur noch etwas geröthete Schleimhaut wieder.

EMIL MAYER.

80) **Samuel Mc. C. Hamill. Primäre membranöse Streptokokken-Laryngitis bei einem Erwachsenen. (Primary streptococcal membranous laryngitis in an adult.)** *American Medicine. 25. Juni 1904. N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1904.*

Detaillirter Bericht über einen Fall. Bakteriologische Untersuchung ergab den Streptococcus in Reincultur.

LEFFERTS.

81) **Schultz** (Friedenau). **Ueber das acut entzündliche Oedem des Kehlkopfs durch Verbrennung bezw. Verbrühung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 30.*

40jähriger Mann schluckte ein kochend heisses Kartoffelstückchen hinunter. Sofort Schlundschmerz und Gefühl des Zuschwellens des Halses. Aengstliche leise Stimme. Uvula und weicher Gaumen geröthet. Untersuchung nach Kirstein. Epiglottis mächtiger praller Wulst, Ligamenta glosso-epiglottica geschwollen. Keine Blasenbildung. Kein Stridor. Therapie: Aeusserlich Senfpapier, danach Eiskrawatte, Eisstückchen schlucken, Ruhe, Sprechverbot. Nächsten Tag Besserung, noch Schwellung der Ligamenta glosso-epiglottica.

ALBANUS (ZARNICO).

82) **Thomas J. Gaucher. Acutes Kehlkopfoedem als Complication von Gelenkrheumatismus. (Acute edema of the larynx complicating articular rheumatism.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Pat. wurde intubirt, die Tube wurde nach 3 Stunden ausgehustet und Pat.

wurde von Neuem intubirt. Epiglottis, ary-epiglottische Falten und Taschenbänder waren enorm geschwollen. Tracheotomie wurde nicht gestattet und so musste Pat. 6mal intubirt werden. Die Tube musste ungefähr 60 Stunden in situ bleiben; erst nach 3—4 Wochen hatte der Larynx sein normales Aussehen wiedergewonnen. Verf. kommt zu dem Schluss:

Der Kehlkopf unterliegt häufiger, als man glaubt, einer rheumatischen Infection; als Resultat derselben kann acutes Oedem entstehen. Intubation kann die immanente Suffocationsgefahr beheben, jedoch muss der Operateur stets bei der Hand sein, um nöthigenfalls die Tube wieder einführen zu können.

In Fällen, wo die Intubation auf Schwierigkeiten stösst, soll die Tracheotomie gemacht werden.

Localapplicationen sind besten Falls nutzlos.

EMIL MAYER.

83) **N. Godskesen** (Kopenhagen). **Die Kehlkopftuberculose während der Schwangerschaft und Geburt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 286. 1903.*

Verf. hat in der Literatur ausser den von Kuttner zusammengestellten 7 Fällen noch 15 andere gefunden und dazu in dänischen Krankenhäusern, Kliniken und bei privaten Aerzten 31 nicht veröffentlichte Krankenberichte gesammelt. An kurzen Auszügen dieser 46 Krankheitsgeschichten legt er die überwiegend schlechte Prognose der Combination von Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft für Mutter und Kind dar. Er will der Tracheotomie in Uebereinstimmung mit Kuttner einen weit grösseren Platz als bisher eingeräumt wissen, geht aber weiter und hält eine frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft in den ersten Monaten in allen Fällen, wo man durch gründliche locale und universelle Behandlung auf eine jedenfalls relative Genesung hoffen darf, also wo das Allgemeinbefinden gut und das Lungenleiden nicht zu weit vorgeschritten ist, für indicirt.

F. KLEMPERER.

84) **Otto J. Stein. Bericht über zwei mittels Thyreotomie operirte Fälle von Kehlkopftuberculose. (Report of two cases of laryngeal Tuberculosis operated on by Thyrotomy.)** *The Laryngoscope. Oct. 1904.*

Fall I betraf eine 22jährige Frau. Die Thyreotomie wurde ohne vorausgegangene Tracheotomie gemacht. Die erkrankte Partie, die entfernt werden musste, umfasste die ganze Aryknorpelgegend einer Seite und die hintere Hälfte der Stimmlippe. Nach der Exstirpation des Gewebes wurde die Wundfläche mit reiner Milchsäure eingerieben. Die beiden Kehlkopfhälften wurden mit Catgutnähten zusammengenäht. Die Hautwunde wurde geschlossen bis auf das Cricothyroidspatium, in das eine dünne Tracheotomietube eingeführt wurde. Diese wurde am 2. Tage entfernt. Abgesehen von etwas Granulationsbildung um die Wunde ging die Heilung glatt von statten. Die Stimme wurde recht gut und der Allgemeinzustand der Pat. blieb gut. Sie nahm an Gewicht zu. Als Verf. die Pat. zuletzt sah, war die Wunde im Larynx völlig vernarbt. Die Diagnose war durch die histologische Untersuchung des exstirpirten Gewebes bestätigt.

Im II. Fall handelte es sich um einen 23jährigen Mann; die Untersuchung

der Lungen ergab nichts Bemerkenswerthes. Im Larynx sah man eine das linke Stimmband bedeckende Masse, an zwei Stellen kleine Ulcerationen. Bei der Thyreotomie fand sich am hinteren Ende des linken Stimmbandes ein Ulcus. Die Heilung ging glatt vor sich, nach 3 Monaten jedoch fand man ausgedehnte Lungentuberkulose.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Thyreotomie nur nach sorgfältiger Prüfung aller den Fall betreffender Umstände vorgenommen werden soll und nur für eine sehr beschränkte Zahl von Fällen in Betracht komme. EMIL MAYER.

85) **E. Harrison Griffin. Ein interessanter Fall von Kehlkopftuberculose. (An interesting case of tuberculosis of the larynx).** *N. Y. Medical Record. 17. Dec. 1904.*

Das interessante Moment in diesem Falle besteht in 3 Anfällen von Kehlkopfphthise, die jedesmal bis zum Stadium der Ulceration kamen und in der jedesmaligen schnellen Heilung, sobald der Pat. die Stadt verliess. Die innere Behandlung bestand in Verordnung eines Kreosotpräparats und kleiner Morphiumdosen, um den Husten zu unterdrücken. Was die locale Behandlung anbelangt, so schränkt sie Verf. möglichst ein, da er der Ansicht ist, dass die Geschwüre dadurch gereizt werden. Er sagt, dass er ihnen gegenüber dasselbe Princip beobachte, wie ein Chirurg dem gebrochenen Knochen gegenüber, nämlich das möglichster Ruhe. LEFFERTS.

86) **Notiz des Herausgebers. Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Treatment of tuberculous laryngitis.)** *10. Dec. 1904.*

Gegen die Dysphagie verordnet Verf. folgendermaassen zusammengesetzte Tabletten:

Rp. Anaesthesin
Pulv. Alth. ana 4,0
Pulv. acaciae }
Pulv. glycyrrhizae } ana 9,5.

Fiat tabulae No. 50. Im Munde halten, bis die Tabletten aufgelöst sind.

LEFFERTS.

87) **E. Hedinger** (Bern). **Primäre Tuberculose der Trachea und Bronchien.** (Verhandl. der Pathol. Gesellsch. 26—28. Mai 1904.) *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie 1904.*

H. giebt den Sectionsbefund eines aus unbekannter Ursache verstorbenen 29jährigen Mädchens. Es fanden sich — als alleinige Manifestation der Tuberkulose — Ulcerationen in der Trachea, vorzugsweise an der Hinterwand, und in den grossen Bronchien in deren ganzer Circumferenz.

In der Discussion erwähnt Hansemann einer 73jährigen Frau, bei deren Section sich keine anderen Zeichen von Tuberkulose fanden, als Ulcerationen in der Trachea, die nach oben bis zum Larynx und nach unten bis unter die Bifurcation reichten. Schmorl hat 2 Fälle von primärer Tuberkulose der Trachea und Bronchien gesehen.

In dem einen entdeckte er — bei einem 18jährigen, an Typhus verstorbenen

Manne — einen halbstecknadelkopfgrossen nicht ulcerirten Tuberkel im linken Hauptbronchus, bei dem zweiten — einem 8jährigen Kinde — 3 über hirsekorngrosse Tuberkel in der Trachea. Sonst zeigten sich nirgendwo irgendwelche Zeichen von Tuberkulose.

A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

88) **Balp. Ergebnisse über experimentellen Thyreoidismus. (Risultati di esperienze di tiroidismo sperimentale.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. No. 9—10. 1904.*

Die Ergebnisse, zu denen Verf. gelangt, sind folgende:

Giebt man den geeigneten Versuchsthieren (jungen Hunden) Material, das aus Ställen, in denen Thyreoidismus herrscht, herrührt, so entstehen bei diesen Thieren schwere Veränderungen an der Schilddrüse, ob nun jenes Material vorher einer mechanischen Sterilisirung unterworfen worden ist oder nicht. Die hervorgerufenen Veränderungen sind solche, dass sie auf eine specifische locale Erkrankung der Schilddrüse hinweisen und schädigen deren physiologische Function aufs Schwerste.

FINDER.

89) **Mancioli. Der Kropf in Monte Celio (Provinz Rom). (Il Gozzo a Monte Celio, Provincia di Roma.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. 1904.*

Monte Celio besteht aus einer Häusergruppe, die sich auf einem 300 m hohen Hügel über der Campagna Romana erhebt. Trotz bester klimatischer Bedingungen herrscht hier endemisch der Kropf. Das männliche Geschlecht ist immun, wogegen bei den Weibern circa 60 pCt. Kropf haben. Verf. ist geneigt, eine der Hauptursachen dafür in dem durch häufiges und sehr langdauerndes Stillen verursachten Kräfteverlust zu sehen.

FINDER.

90) **Ayello. Die Jodkataphorese beim Kropf. (La cataforesi iodica nella cura del gozzo.)** *Aus dem Jahresbericht von Prof. Massei für 1902—1903. Neapel 1904.*

Aus den gemachten Beobachtungen geht hervor, dass es der positive Pol ist, der das Jod in die Gewebe bringt. Wenn man den negativen Pol, der mit in Jodlösung getränkter Watte umwickelt ist, direct auf die Schilddrüse aufsetzt, so empfinden die Patienten einen unerträglichen brennenden Schmerz, die Haut erscheint stark irritirt, bisweilen in Blasen abgehoben. Infolge dieser starken lokalen Reizung dringt das Jod nicht in den Körper ein, wogegen bei Application der Anode die Patienten nach wenigen Sitzungen den charakteristischen metallischen Jodgeschmack im Munde constatiren.

Verf. hat 28 Fälle beobachtet, von denen er 13 ausführlich beschreibt, bei denen er den ganzen Verlauf beobachten konnte. Bei 8 davon waren keine Compressionserscheinungen vorhanden, bei 5 war bald die Trachea, bald der Recurrens comprimirt. Die Ergebnisse waren ausgezeichnet, besonders bei frischen Formen und bei jugendlichen Individuen, ferner am besten beim einfachen Kropf.

FINDER.



g. Oesophagus.

91) **Jules Comment. Spasmus der Speiseröhre. (Spasme oesophagien.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 24. Mai 1904.*

Es handelte sich in diesem Fall um ein Kehlkopfepitheliom nebst Verengerung des unteren Speiseröhrenendes durch einen secundären ringförmig den Oesophagus umgebenden Tumor.

PAUL RAUGÉ.

92) **J. S. Evans. Diffuse Dilatation des Oesophagus infolge Cardiospasmus. (Diffuse dilatation of the oesophagus due to cardiospasm.)** *N. Y. Medical Record. 22. Oct. 1904.*

Verf. berichtet über 2 Fälle persönlicher Beobachtung. In jedem dieser Fälle war die Diagnose auf diffuse Dilatation der Speiseröhre mit spastischer Contraction der cardialen Magenöffnung gestellt. Die Hauptsymptome bestanden darin, dass, wenn der Patient in horizontaler Lage war, die Nahrung zum Munde hinauslief, ferner in Dysphagie, Regurgitiren der zuletzt genommenen Nahrung, sowie darin, dass eine Magensonde sich ohne Schwierigkeit einführen liess, die Plötzlichkeit, mit der diese nach Ueberwindung des Hindernisses in den Magen eindrang, das Fehlen des zweiten Schluckgeräusches. Die Prognose ist quoad sanationem schlecht.

LEFFERTS.

93) **E. J. Moure. Oesophagoskopie und Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagoscopie et corps étranger de l'oesophage.)** *Gazz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 27. März 1904.*

Verf. hat das Verfahren wiederholt angewandt und es sehr nützlich sowohl bei der Diagnose wie bei der Behandlung gewisser Speiseröhrenerkrankungen befunden. Er bespricht im Einzelnen die Entfernung der Fremdkörper, Diagnose von Tumoren, Stricturen etc.

Autoreferat.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Auszug aus dem „Traité de Radiologie médicale" von Dr. C. Bouchard.
G. Steinheil. Paris.

I. Abtheilung: Max Scheier. Kopf im Allgemeinen, Zähne, Mund, Ohr und obere Luftwege.

Verfasser weist auf die naturgemässe Thatsache hin, dass, während die Untersuchung der Extremitäten mittels Röntgenstrahlen von Anfang an sorgfältig geübt wurde, man erst später diese Untersuchungsmethode auf die von ihm hier abgehandelten Körpertheile ausdehnte. Wenn daher die Ergebnisse dieses Capitels auch nicht mit denen verglichen werden können, die aus den anderen Abtheilungen des Bouchard'schen Sammelwerkes sich ergeben, so hat Scheier doch viel Werthvolles zusammentragen können.

Das erste Capitel ist der Anwendung der Röntgenstrahlen zum Studium der embryologischen Entwickelung des Kopfes gewidmet. Nach einer kurzen Beschreibung der Technik schildert Verf., was man auf dem Fluorescenzschirm oder der

photographischen Platte von der Entwickelung des Kopfes vom dritten Monat an sieht, und behandelt zum Schluss auch die Monstrositäten.

Das zweite Capitel handelt von der allgemeinen Anatomie des Kopfes. Nach Schilderung der Technik giebt Verf. werthvolle Hinweise zur Deutung der radioskopischen Bilder, ferner bespricht er die Methoden der Radioskopie und Photographie eingehend. Einen hervorragenden Platz nimmt hier die stereoskopische Photographie ein.

Das dritte Capitel, dessen Gegenstand die Physiologie ist, verdient mit grossem Interesse gelesen zu werden, da es uns mittels der Röntgenstrahlen sowohl eine Bereicherung unserer Kenntnisse, wie eine Bestätigung anderer Beobachtungsmethoden bringt. Lippen, Zunge und weicher Gaumen werden nach einander abgehandelt und das, was während ihrer Function wahrgenommen wird, beschrieben. Scheier sieht in dem Fluorescenzschirm ein werthvolles Mittel, um das, was mittels anderer Methoden wahrgenommen wird, zu controliren und zu bestätigen. Im zweiten Theil dieses Capitels wird die Physiologie des Schluckactes abgehandelt.

Das vierte Capitel hat die Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Untersuchung pathologischer Zustände zum Gegenstande mit Ausnahme der Fremdkörper, die an einer anderen Stelle ihren Platz gefunden haben. Eines der interessantesten Theile dieses Capitels ist der von der Untersuchung der Höhlen des Kopfes und der Einführung von Sonden in diese.

Das nächste kurze Capitel, das der Otologie gewidmet ist, wird mit der Bemerkung eingeleitet, dass ausser vom anatomischen Standpunkte aus bisher mittels Röntgenstrahlen auf diesem Gebiete noch nicht viel erreicht worden ist. Auch hier wird der Werth stereoskopischer Aufnahmen ins rechte Licht gesetzt.

Im letzten Capitel, in dem Odontologisches behandelt wird, werden interessante Mittheilungen über Entwickelung, Anomalien und pathologische Veränderungen der Zähne gemacht.

Es ist naturgemäss, dass in vorliegender Arbeit nicht alle Theile von gleichem Interesse und gleicher Bedeutung sind. Das ist nicht Schuld des Verfassers, sondern liegt daran, dass die einen Theile der abgehandelten Körperregion sich besser für die in Frage kommende Untersuchungsmethode eignen, als die anderen. Es ist zu hoffen, dass mit fortschreitender Technik auch für diese Theile die Anwendung der Röntgenstrahlen eine höhere Bedeutung haben wird, als es heutzutage möglich ist.

II. Abtheilung: A. Ruault und M. Mignon. Aeusserer Hals, Rachen, Kehlkopf und Halswirbelsäule.

Diese Abtheilung gehört zu dem Wichtigsten, was bisher auf dem Gebiete der medicinischen Radiologie veröffentlicht worden ist. Das erste Capitel umfasst 58 Seiten. Es wird zunächst die für Röntgenaufnahmen der betreffenden Körperregion in Betracht kommende Technik, sowie die Apparate beschrieben, dann folgt ein kurzer historischer Ueberblick über den Gegenstand. In einem folgenden Abschnitt wird die Anatomie der Cervicalgegend bei Embryo, Kind

und Erwachsenem abgehandelt, sodann wird die radioskopische Beschreibung des Larynx gegeben.

Das folgende Capitel ist der Physiologie des Larynx und seinen Bewegungen gewidmet. Einen grossen Raum nimmt die Besprechung der Fremdkörper ein; dann werden die Verwundungen, Entzündungen, Tuberkulose, Syphilis und Tumoren besprochen. Auch die Trachea ist nicht vergessen.

In Anbetracht des ihnen zur Verfügung gestellten Raumes und des grossen zu bewältigenden Stoffes kann man nur anerkennen, dass die Verfasser es verstanden haben, durch zweckmässige Anordnung und Eintheilung dem Buche eine gedrungene und praktische Form zu geben. Folgende Bemerkungen seien nicht als Eingebung eines ungerechten Nörgelns angesehen: Wenn ein Laryngologe wünscht, eine gründliche Anschauung vom Werth der Röntgenstrahlen für diese Körperregion zu erhalten, so müsste er ausser dem Ruault-Mignon'schen Buche noch ein anderes oder vielleicht das ganze Werk zu Hülfe nehmen, von dem jenes nur ein Theil ist. Ferner existiren prachtvolle Atlanten, wie der von Ziemssen, die nach den neuesten Methoden hergestellt sind und gleichzeitig ausgezeichnete photographische Wiedergaben des Thorax unter verschiedenen Bedingungen enthalten. Man kann nicht umhin zu wünschen, dass die Verfasser dieses Abschnittes mehr Abbildungen gegeben hätten. Von einem Gesichtspunkte aus sind die Laryngologen den Verfassern ganz besonders zu Dank verpflichtet: sie haben Thatsachen, die vorher in einer grossen Anzahl von Specialwerken zerstreut waren, zusammengetragen. Das Capitel als solches kann als durchaus gelungen bezeichnet werden. John Macintyre (Glasgow).

---

b) Société Française d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie.

Sitzung von 1904.

Vorsitzender: Castex.

Ruault: Ueber chronische nicht specifische Laryngitiden. Klinische Formen. Behandlung.

R. theilt die chronischen nicht specifischen Laryngitiden in zwei Hauptgruppen:

a) Katarrhalische Formen, nämlich 1. Laryngitis catarrhalis chronica simplex und 2. Laryngitis sicca.

b) Hypertrophische Formen, nämlich 1. Laryngitis hypertrophica diffusa und 2. Laryngitis hypertrophica circumscripta; letztere wird noch eingetheilt in L. hypertrophica circumscripta anterior und posterior oder Pachydermia diffusa (Virchow).

Histologisch ist die erste Gruppe charakterisirt durch Läsionen, die auf Veränderungen der Secretion beruhen, während die zweite charakteristische Zeichen aufweist, die eine Verwechselung mit der einfachen entzündlichen Schwellung nicht gestatten. Zu der Gruppe der hypertrophischen Laryngitiden und speciell zu den Pachydermieen zählt Verf. auch die benignen Tumoren der Larynxschleimhaut, die klinisch als Kehlkopfpolypen bezeichnet werden und

deren entzündliche Entstehung wohl wenigstens für die Mehrzahl der Fälle feststeht.

Aetiologische Factoren der chronischen Laryngitis sind: Wiederholte acute und subacute Laryngitis, Coryza und chronische Angina, alle Formen der Undurchgängigkeit der Nase und Ozaena. Chronische Bronchitiden, Emphysem, schlecht compensirte Klappenfehler, progressive Myocarditis prädisponiren dadurch, dass sie einen Zustand von Congestion im Kehlkopf bedingen, zu dauernden chronischen Entzündungszuständen im Kehlkopf und erleichtern deren Auftreten. Die chronische Laryngitis entsteht auch leicht bei Personen mit chronischen gastro-intestinalen Störungen, ferner bei gewissen Formen von Migräne, Rheumatismus, Hämorrhoiden, Arthritis etc.; auch beobachtet man sie häufig bei Gicht und Diabetes. Erwähnt muss auch die chronische professionelle Laryngitis werden infolge übermässigen oder falschen Gebrauchs der Stimme oder infolge Einwirkung von Rauch oder Staub.

Die grösste Zahl der Kranken gehört dem Lebensalter von 30—35 Jahren an. Die chronische Laryngitis ist häufiger in den Ländern der kalten, als in denen der gemässigten oder warmen Zone, besonders begünstigt wird ihr Entstehen jedoch durch plötzliche Temperaturübergänge.

Vom therapeutischen Gesichtspunkte aus besteht die erste Indication in der Beseitigung der primären Ursache. Die directe Behandlung ist ausschliesslich local.

Mendel empfiehlt intratracheale Injectionen mit 5proc. Eucalyptolöl. Die Technik ist sehr einfach und das Verfahren kann auch Händen anvertraut werden, die mit der Handhabung des Kehlkopfspiegels wenig vertraut sind.

Viollet macht darauf aufmerksam, dass nach Versuchen von Lubet-Barbon eine Schluckbewegung gemacht wird, durch welche die Injectionsflüssigkeit heruntergeschluckt wird, so dass die von Mendel empfohlene Methode nur in den Händen Geübter das gewünschte Resultat haben kann.

Délie (Ypres): Ein Fall von Oberkiefer-Stirnhöhleneiterung mit Abnormität der Stirnhöhle.

Pat. litt an heftigen Kopfschmerzen, neuralgischen Schmerzen im linken Auge und den linken oberen Zähnen. Operation des Stirnhöhlenempyems. Man findet einen Sinus von ausserordentlicher Kleinheit, der vollkommen in der Orbitalwand liegt und 2 cm in der Breite und 1 cm in der Höhe misst.

Moure (Bordeaux): Klinische Betrachtungen über die Stirnhöhlenempyeme.

M. berichtet über zwei Fälle, in denen nach Operation des Stirnhöhlenempyems sehr interessante Complicationen auftraten. Im ersten Fall handelte es sich um ein mittels des Ogston-Luc'schen Verfahrens wegen Mucocele der Stirnhöhle operirtes Mädchen. Einige Tage nach der Operation zeigte die Patientin eine Orbitalphlegmone, die eine tiefe Incision nöthig machte und zeitweilig den Gedanken an den Verlust des Augapfels nahe legte. Eine starke Septumdeviation auf der operirten Seite verhinderte eine wirksame nasofrontale

Drainage. Die Kranke genas, sie hat jedoch noch im innern Mundwinkel einen Fistelgang.

Im zweiten einen 43jährigen Mann betreffenden Fall handelte es sich um eine angeblich seit der Kindheit bestehende Eiterung sämmtlicher Nebenhöhlen. Nach Operation des doppelseitigen Oberkieferempyems schritt M. zur Radicaloperation der Stirnhöhlen. Rechts fand man einen grossen Sinus mit reichlichem Eiter und Granulationen; links einen grossen abgeschlossenen Abscess, der die cranielle Wand zurückgedrängt und sich hinter der Orbita eine Nische gebildet hatte. Einige Tage nach der Eröffnung zeigte Pat. Symptome einer Phlegmone des rechten Augenlids. Als man ihn von dieser Complication schon fast geheilt betrachten konnte, trat, zum Theil wohl durch sein sorgloses Verhalten verursacht, eine neue Infection auf und Pat. ging unter den Anzeichen eines Gehirnabscesses zu Grunde. Verf. schliesst daran Betrachtungen über die Verfahren, die in den verschiedenen Fällen einzuschlagen sind.

Lermoyez hat zur Zeit das Ogston-Luc'sche Verfahren ganz verlassen; am häufigsten verwendet er die Kuhnt-Luc'sche Methode und wenn die Höhle so gross ist, dass die aus der Operation resultirende Deformität voraussichtlich sehr beträchtlich sein wird, die Killian'sche. L. wendet sich gegen die heute bestehende Tendenz, eine Methode als die allein empfehlenswerthe zu bezeichnen. Nach seiner Ansicht wird man mit dem Fortschreiten unserer pathologisch-anatischen Kenntnisse dazu kommen, mehrere anatomisch-klinische Typen von Stirnhöhlenempyem zu unterscheiden und für jede derselben wird die eine oder andere Operationsmethode in Betracht kommen.

Luc hatte früher die Entstehung von intracraniellen Complicationen nach Eröffnung des Sinus durch ungenügende Desinfection des letzteren zu erklären versucht, ist aber von dieser Ansicht zurückgekommen, seitdem er mehrere Fälle beobachtet hat, in denen nach Auftreten meningitischer Symptome die Höhle wieder eröffnet und im Zustand völliger Reinheit gefunden wurde. Seiner Meinung nach liegt die Infectionsquelle nicht in der Stirnhöhle, sondern in den vorderen Siebbeinzellen, die bekanntlich fast immer an der Stirnhöhleneiterung theilnehmen. Luc meint also, dass nur die Killian'sche Operation gestattet, das ganze vordere Siebbeinlabyrinth frei zu legen. Seitdem er sich ausschliesslich dieser Methode bedient, hat er keinen Fall von intracranieller Complication mehr beobachtet, während er nach dem Ogston-Luc'schen Verfahren solche in einem Sechstel der Fälle zu beklagen hatte.

Mahu (Paris): Sinusitis der Stirnhöhle und Oberkieferempyem bei einer 77jährigen Frau; Verweigerung der Operation; Tod.

Pat. bot alle Symptome einer Oberkiefer-Stirnhöhleneiterung; es wurde kein anderer Eingriff gestattet, als eine Anbohrung der Oberkieferhöhle von der Alveole aus. Pat. starb nach 24stündigem Coma. M. macht auf folgende Punkte aufmerksam.

1. Die Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischem dem Oberkieferempyem und der eigentlichen Sinusitis maxillaris chronica, besonders mit Hilfe seines „signe de capacité“.

2. Die foudroyante Schnelligkeit des tödtlichen Verlaufs in derartigen Fällen und die Gefahr, die besteht, wenn man nicht eingreift, sobald die Diagnose auf Sinusitis der Stirnhöhle gestellt ist.

Lermoyez hält die Stirnhöhleneiterung nicht für so gefährlich; es wäre übertrieben, systematisch jeden Fall zu operiren, besonders da die Operation nicht so harmlos sei, wie man behaupte.

Jaques (Nancy): Zwei laryngologische Fälle.

1. Ein 5jähriges Mädchen, bei dem wegen einer in den Larynx eingeklemmten Agraffe die Laryngofissur gemacht worden war. 2. Eine Kranke mit Syphilis, bei der ebenfalls eine Laryngotomia intercrico-thyreoidea hatte gemacht werden müssen wegen beiderseitiger Crico-Thyreoid-Anchylose, die eine Folge einer vor 14 Jahren gemachten hohen Tracheotomie war. Es war kein Decanulement möglich gewesen.

Mermod (Lausanne): Behandlung der Larynxtuberculose.

M. sieht das beste Mittel in einer Zerstörung der erkrankten Gewebe durch Cauterisation. Er stellt einen vor 9 Jahren mittels dieser Methode behandelten Kranken vor, der sich in einem sehr vorgeschrittenen Stadium der Krankheit befunden hatte und bis heute geheilt geblieben ist.

Raoult (Nancy): Peritonsilläre externe Phlegmone in Folge Infection durch einen Fremdkörper.

Die schweren Allgemeinsymptome besserten sich nach der 3. Incision, die eine Menge fötiden Eiters zu Tage brachte. Am nächsten Tage spuckte der Kranke mit dem Eiter zugleich ein $1^1/_2$ cm langes Stück Strohhalm aus, das sich nach seinen Angaben ungefähr 15 bis 20 Tage lang im Rachen befunden haben musste.

Lermoyez stellt einen Patienten mit intranasalem Carcinom vor, der nach der Moure'schen Methode operirt worden ist. Ausgezeichnetes Resultat.

Mounier (Paris): Resultate systematischer Anwendung von Penghawar bei flächenhaften Schleimhautblutungen.

Delsaux erinnert an eine im Jahre 1857 über dieses Thema von Broeker (Auvers) erschienenen Arbeit.

Beclère und Paul Viollet: Ein Fall von erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandeltem Larynxtumor.

Der 51jährige Patient stellte sich im November 1903 mit einem Tumor der seitlichen Larynxwand vor, der nicht ulcerirt schien und stark in das Kehlkopflumen hineinragte, indem er einen grossen Theil der Stimmbänder verdeckte, auch über die ary-epiglottischen Falten hinaus sich auf die anliegende Rachenwand erstreckte. Die Drüsen neben der linken Seite des Kehlkopfs waren geschwollen bis zur Höhe einer kleinen Nuss und unter der Haut beweglich. Es bestand ausgesprochene Dysphagie; der Patient hatte 18 Pfund an Gewicht im Lauf zweier Monate verloren. Es wurde von verschiedenen Beobachtern die Diagnose auf Carcinom gestellt; die histologische Untersuchung fehlte.

Da Patient die ihm vorgeschlagene totale Larynxexstirpation refusirte, kam man auf den Gedanken, es mit der Radiotherapie zu versuchen. Béclère wandte vom 1. December 1903 bis 29. März 1904 die Röntgenbestrahlung in vier Serien von Sitzungen an. Drei Monate nach Beginn der Behandlung hatte die Geschwulst an Volumen abgenommen; die Drüsenschwellung war verschwunden. Zur Zeit ist an Stelle des Tumors nur noch eine Art narbiger Excavation vorhanden, die linke Kehlkopfhälfte ist unbeweglich. Patient hat 16 Pfund an Gewicht zugenommen, isst ohne Schwierigkeiten, die Stimme ist wiedergekehrt, die Drüsenschwellung verschwunden.

Moure hat mehrere Male die Radiotherapie bei der Behandlung des Kehlkopfkrebses versucht, bis jetzt ohne jeden Erfolg. Bevor man von der Heilung eines Carcinoms durch Roentgenstrahlen spricht, muss die Diagnose durch den objectiven Befund und histologische Untersuchung festgestellt sein. Der Kranke Viollet's, den er untersucht hat, bietet augenblicklich keine Zeichen einer malignen Erkrankung des Stimmorgans; es besteht eine einfache Infiltration der Innenfläche des linken Aryknorpels, der noch beweglich ist.

Delsaux hat in Bezug auf Radiotherapie keine Erfahrung, hat aber zwei Fälle mit Radium behandelt, einen von Carcinom des Kehlkopfs und ein Cancroid der Nase. Ersterer heilte unter dieser Behandlung nicht und musste später operirt werden; dagegen heilte das Cancroid der Nase in 10 Sitzungen unter Radiumbestrahlung.

Garel: Laryngocele ventricularis.

Der 37jährige Patient zeigte als einziges Symptom Aphonie; die Laryngocele konnte mittels der Laryngoskopie während der Phonation diagnosticirt werden.

Bar: Grosser Polyp an der linken Choane; Extraction durch den Mund.

Castex: Laryngotomie; technische Details.

C. macht gewöhnlich einen verticalen Schnitt in der Medianlinie unter Chloroformnarkose und ohne vorausgegangene Tracheotomie. Die Durchtrennung des Schildknorpels und der Membrana thyreo-hyoidea und crico-thyreoidea ermöglichen einen genügenden Zugang zum Kehlkopfinnern.

Molinié: Betrachtungen über einen Fall von totaler Larynxexstirpation.

Patient ist ein 63jähriger Mann. Am 6. Tage nach der Operation begann eine Bronchopneumonie, am 14. Tage Exitus. Die Operationswunde war völlig geheilt und Patient konnte sich ohne Sonde ernähren. M. weist auf die Wichtigkeit eines aseptischen Milieus für die Nachbehandlung hin.

Chavasse: Kehlkopftuberculos, Tracheotomie, Thyreotomie.

Bei der ersten Untersuchung ergab sich, dass der Patient eine Perichondritis des Schildknorpels nebst ausgesprochener Infiltration der ary-epiglottischen und der Taschenbänder hatte, wodurch eine sehr erhebliche Stenose verursacht wurde. Es musste wegen Erstickungsgefahr die Laryngotomia crico-thyreoidea gemacht

werden. Aus der Anamnese ergab sich, dass Patient vor 19 Jahren an Syphilis erkrankt war. Im Auswurf fanden sich reichlich Tuberkelbacillen. Es wurde eine antisyphilitische und antituberculöse Behandlung eingeleitet. Die Perichondritis ging zwar zurück, doch blieb die Infiltration und die tuberculösen Vegetationen unverändert. Drei Monate nach der Operation wurde die Thyreotomie mit Curettage des Kehlkopfinnern und Excision des rechten Stimmbands vorgenommen. Befriedigendes Resultat. Patient konnte seiner Beschäftigung wieder nachgehen. Er ging 15 Monate später an einer foudroyanten Haemoptoe zu Grunde.

Laurens: Lipom der Epiglottis; Pharyngotomia transhyoidea.

Sombard: Larynxexstirpation. Vorstellung eines von Sebileau wegen Larynxcarcinoms operirten Patienten.

Vacher: Ueber das geeignetste Verfahren zur Exstirpation eingekapselter Mandeln.

V. schlägt folgendes Verfahren ein: Abtrennung der Gaumenmandeln von der Umgebung nach vorn, hinten und unten; mittels einer Pincette wird die Mandel aus ihrer Nische hervorgezogen und dann die Schlinge um sie herumgelegt. Bedient man sich der kalten Schlinge, so zieht man sie langsam zu.

Escat (Toulouse): Siebbein-Keilbeinhöhlemempyem bei 12 jährigem Kind.

Nach einer Angina trat Otitis media und Empyem der Siebbeinzellen und des Keilbeins auf, complicirt mit Erscheinungen von Seiten der Augen (Neuritis optica mit nachfolgender Atrophie). Nachdem sich die endonasale Behandlung als erfolglos erwiesen hatte, wurde das Siebbeinlabyrinth von der Orbita aus ausgeräumt; Abtragung der mittleren und oberen Muschel, Curettage der Keilbeinhöhle. Heilung nach 7 Wochen. Trivas (Nevers).

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom Mai 1904.

Vorsitzender: Charters Symonds.

St. Clair Thomson: Vollständige submucöse Resection des verbogenen Septums.

Es wird eine Beschreibung des Operationsverfahrens gegeben. Der Vortheil, der in der Erhaltung der Schleimhaut besteht und der sich durch die schnelle Heilung und das Fehlen der Borkenbildung erweist, wiegt die längere Dauer der Operation auf. Redner operirt unter allgemeiner Anästhesie bei Anwendung von Adrenalin.

Scanes Spicer macht darauf aufmerksam, dass eine ähnliche Operation in den Büchern von Mackenzie, Mac Donald, Mc. Bride und Ball erwähnt wird und dass sie 1851 von Chassaignac und später von Hartmann und Petersen beschrieben worden ist. Mac Donald hielt einen Vortrag darüber im Jahre 1888 (Brit. Med. Assoc.) und hat seitdem die Operation ständig ausgeführt.

Besondere Sorgfalt verwandte er darauf, dem vorderen oberen Winkel des Septumknorpels bei der Operation nicht zu nahe zu kommen.

St. Clair Thomson hat die Operation unter Anwendung von Cocain und Adrenalin ohne Blutung ausführen können.

Pegler: Fälle von Septumdeviation mittels der Moure'schen Operation corrigirt.

P. berichtet über vier erfolgreich behandelte Fälle.

Waggett: Die Moure'sche Operation hat den Vorzug, dass sie innerhalb ganz kurzer Zeit unter Stickstoffoxyd-Narkose ausgeführt werden kann.

Grant bedient sich zur Graderichtung des Septums einer durch dasselbe von der concaven Seite her durchgestochenen Nadel und macht dann die Moure-sche Operation.

Lack bezweifelt, dass langdauernde Operationen mit langer Narkose nöthig sind; in der Mehrzahl der Fälle komme man mit einem kleinen Eingriff zum Ziel.

Baber hat sich ebenfalls der Nadel zur Graderichtung des Septums bedient.

Smurthwaite: Wo auf der concaven Seite genügend Platz vorhanden ist, da ist die Moure'sche Operation angebracht; wo dies nicht der Fall ist, sind die submucösen Resectionen mehr am Platz.

Tilley hält es für richtig, den vorderen Theil der unteren Muschel auf der concaven Seite fortzunehmen, sonst entsteht nach der Moure'schen Operation auf dieser Seite eine Stenosirung.

Kelson: Ulceration der Epiglottis und der Stimmbänder bei einem 12jährigen Knaben.

Die Affection ist wahrscheinlich eine lupöse.

Derselbe: Parotistumor bei einem 14jährigen Knaben.

Die Entstehung des Tumors datirt seit 2 Jahren; er ist halbfluctuirend und wächst langsam.

Der Vorsitzende und De Santi halten den Tumor für embryonalen Ursprungs und zwar aus der ersten Kiemenspalte entstanden.

Davis: Perforation des linken Stimmbandes.

39jährige Frau mit Lungentuberculose hatte granulirte und geschwollene Stimmbänder. Man sieht ein Sängerknötchen auf dem linken Stimmband und während der Phonation eine elliptische Oeffnung im mittleren Drittel desselben.

Sir Felix Semon hat niemals einen ähnlichen Spalt gesehen. Man sieht den Schlitz nur zeitweise bei der Phonation. Er hat niemals beobachtet, dass ein tuberculöses Stimmbandgeschwür eine Perforation zurücklässt.

Der Vorsitzende hält den Schlitz für congenital.

Donelan erinnert sich, einen von Morell Mackenzie behandelten Fall gesehen zu haben, wo nahe dem inneren Rand des Stimmbandes ein längsverlaufender, augenscheinlich angeborener Spalt verlief.

Davis: Kuglige Schwellung auf der rechten Kehlkopfseite.

Der 29jährige Patient ist bereits im April 1903 der Gesellschaft vorgestellt worden. Seit dieser Zeit ist der Tumor gewachsen und verursacht etwas Dysphagie. Es bestehen keine andern Symptome. D. ist jetzt geneigt, den Tumor für ein Adenofibrom zu halten. Eine Punction hat eine erhebliche Blutung verursacht.

Sir Felix Semon erinnert daran, dass er einen ähnlichen Fall der Gesellschaft vorgestellt hat. Bruns berichtet über einen identischen Fall, den er von aussen operirte und der sich als ein Fibro-Myo-Lipom herausstellte. Vielleicht handelt es sich hier um einen ähnlichen Tumor.

Lack hat ebenfalls einen ähnlichen Fall gesehen, der sich als Fibrom erwies.

Der Vorsitzende, Powell und Waggett rathen zur Entfernung des Tumors von aussen her.

Bronner: Angiom der linken Kieferhöhle.

Bei der 60jährigen Patientin fand man eine die linke Nase obturirende graurothe, unregelmässig gestaltete Tumormasse, die einen durchaus malignen Eindruck machte. Mit einer Sonde gelangte man durch den Tumor hindurch in die Kieferhöhle. Mikroskopisch fand sich eine myxomatöse Narbe, wie bei Nasenpolypen völlig durchsetzt von capillaren Gefässen, so dass man die Diagnose auf ein Angiom stellen konnte.

Scanes Spicer: Ein Fall von „blutendem Polypen“ des knorpeligen Septums.

Der Tumor sass ungefähr in der Mitte des knorpeligen Septums. Nach Abtragung recidivirte er innerhalb 6 Wochen und wuchs sehr erheblich. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor aus angiomatösem, sarcomatösem und fibrösem Gewebe bestand; er musste zu den malignen Neubildungen gezählt werden.

Grant hat in ähnlichen Fällen Curettage und Galvanokaustik angewandt.

Scanes Spicer: Präparate und mikroskopische Schnitte von Tumoren, die von einem Fall von chronischer Antrum- und Siebbeinerkrankung herrühren.

Es handelte sich um eine 50jährige Frau, die häufig an eitriger Absonderung aus der Nase gelitten hatte. September 1903, trat nach einem Schnupfenanfall, der länger als gewöhnlich gedauert hatte, eine Schwellung der Wange auf. Die Untersuchung ergab, dass die mittlere Muschel in eine grosse fleischige, den oberen Theil der Nase ausfüllende Masse umgewandelt war und dass zwischen ihr und der lateralen Nasenwand eine viscöse, gelbe, mit Eiter gemischte Flüssigkeit hervorquoll. Bei der Durchleuchtung erschien die rechte Seite dunkel. Es wurden nun die Tumormassen der mittleren Muschel abgetragen, man fand die Siebbeinzellen und die Highmorshöhle erfüllt von polypenähnlichen Massen. Ferner fand man Pfröpfe einer halbfesten, cholesteatomähnlichen Masse und harte gelbe solide Materie, die getrocknetem Gummi arabicum glich. Die Heilung vollzog sich ohne



Zwischenfall; 7 Monate nach der Operation befand sich Pat. wohl, es war kein Recidiv eingetreten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Endotheliom handelte. Präparate wurden zwecks weiterer Prüfung der Geschwulstcommission übergeben.

Scanes Spicer: Präparate von Epitheliom des weichen Gaumens.

Pat. ist ein 84jähriger Mann. Drei Monate nach der Operation Recidiv an der seitlichen Rachenwand.

Furniss Potter: Infiltration der linken Aryknorpelgegend.

62jähriger Mann, der früher Syphilis gehabt hat. Infolge plötzlicher Zunahme der Infiltration trat Dyspnoe ein, sodass die Tracheotomie gemacht werden musste. Die Infiltration ging danach schnell auf ihr ursprüngliches Maass zurück. P. nimmt an, dass es sich um ein acutes Oedem der infiltrirten Region gehandelt habe. Die Jodkalibehandlung hatte auf das Leiden selbst keinen Einfluss und wurde nach dem Erscheinen des Oedems ausgesetzt.

Tilley: Diffuser Lupus der Nase, des Gaumensegels, des Pharynx und der Epiglottis.

Thomson macht auf die grossen Vorzüge aufmerksam, die in diesen Fällen die Galvanocaustik hat.

Sir Felix Semon hat ebenfalls von der Galvanocaustik in diesen Fällen gute Erfolge gesehen. Jedoch erfordert die Behandlung viel Geduld, weil oft, wenn man schon glaubt mit ihr zu Ende zu sein, wieder Recidive auftreten.

Davis: Partielle Lähmung des Gaumensegels; Lähmung des linken Stimmbandes.

Pat. klagt über Kopfschmerzen, Regurgitationen von Flüssigkeiten durch die Nase, zeigt allgemeine Schwäche, Atrophie der Muskeln des rechten Armes. Das linke Stimmband steht unbeweglich in Medianstellung. D. glaubt an eine specifische Affection.

Hall, Grant, Davis sprechen über die Diagnose.

Donelan: Gaumentumor bei einer 34jährigen Frau.

Der Tumor wurde zuerst vor 14 Monaten gesehen, er nimmt jetzt den grössten Theil der rechten Hälfte des Gaumensegels ein und ist auch auf den harten Gaumen übergegangen.

Paget glaubt, dass der Tumor sich histologisch als eine Mischform erweisen wird, analog den Mischgeschwülsten der Parotis. Der Tumor ist wahrscheinlich eingekapselt und wird sich leicht ausschälen lassen.

Discussion: Thorne, Grant, De Santi.

De Santi: Lähmung des linken Stimmbandes.

Der 67jährige Pat. klagt über Schluckbeschwerden und ist erheblich abgemagert. Die Durchstrahlung mit Röntgenstrahlen zeigte eine Erweiterung des Aortenbogens.

Derselbe: Beiderseitiges Haematom der Nasenscheidewand.

Folge von Trauma bei einem 6jährigen Kind.

Bennett: Ein retropharyngealer Tumor.

19jähriger Pat. mit zunehmender Nasenverstopfung. Die hintere Pharynxwand, besonders rechts, vorgewölbt. Probepunction ergab etwas Eiter. Es wurde eine Incision gemacht, nach der allmälig die Schwellung abnahm. Später fand sich bei der Laryngoskopie im Niveau des Larynx eine erhebliche Schwellung des Pharynx. Es handelt sich wahrscheinlich um tuberkulöse Drüsenschwellungen.

Discussion: Grant, Tilley, Sir Felix Semon, Powell.

E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Der Allgemeinen Wiener medicinischen Zeitung entnehmen wir mit grossem Bedauern die Nachricht von dem am 8. April erfolgten Ableben des Dr. Eduard Ronsburger, Secretärs der Wiener Laryngologischen Gesellschaft.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist das Comthurkreuz des Spanischen Ordens Isabella's der Katholischen verliehen worden.

Die Laryngologie und der Internationale medicinische Congress zu Lissabon.

Unsere französischen Specialcollegen haben, wie aus nachfolgendem Auszug des Sitzungsberichtes der „Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris" hervorgeht, nicht viel Zeit damit verloren, die bei Gelegenheit des Garcia-Jubiläums unofficiell ausgedrückten Ansichten ihrer Vertreter in die Form eines officiellen Beschlusses zu kleiden:

Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Séance du 7 avril 1905.

Présidence du Dr. Furet, Président.

Présents: MM. F. Furet, Ménière, Mounier, Weismann, Le Maréltadour, Courtade, Georges Lawrens, Gellé fils, A. Castex-Didsbury, Saint Hilaire, Cauzard, Fournié.

Extrait du Procès-verbal.

M. Mahu fait part à la Société des discusssions qui ont eu lieu à Londres au sujet du Congrès International de Lisbonne d'avril 1906, à la réunion tenue chez Sir Felix Semon le 18 mars 1905, sous la présidence du professeur B. Fraenkel (de Berlin), ainsi que des résolutions qui y furent prises.

En conséquence, une discussion s'engagea à la Société, discussion à laquelle

prirent part une partie des membres présents et en particulier MM. Gellé, E. Ménière, Saint Hilaire et Furet.

Le vote qui suivit cette discussion fut le suivant: à l'unanimité des membres présents fut décidé le maintien d'une section unique pour l'Otologie, la Laryngologie et la Rhinologie, saus sous-section.

Le Secrétaire des Séances,
signé: Dr. G. Didsbury.

Le Président:
Dr. F. Furet.

Pour copie conforme:
Le Président F. Furet.

Deutsche laryngologische Gesellschaft.

Vor-Einladung.

Sehr geehrter Herr Collegel

Die Zeit ist gekommen, wo es einigen Führern der Rhino-Laryngologie als dringende Nothwendigkeit erscheint — sowohl aus wissenschaftlichen und socialen Gründen, als auch ganz besonders in der Absicht, der Laryngologie volle Selbstständigkeit als Specialwissenschaft, besonders auch an den Universitäten und grossen Krankenhäusern zu erringen — die deutschen Laryngologen zu einer allgemeinen, über das ganze deutsche Reich, nebst Schweiz und Deutsch-Oesterreich sich erstreckenden

Deutschen Laryngologischen Gesellschaft

zu vereinigen.

Diese Vereinigung, welche alle zwei Jahre mit wechselndem Congressort tagen wird, soll die bisher bestehenden laryngologischen Gesellschaften in keiner Weise aufheben noch in ihrem Wirkungskreis einengen. Die Vertreter der bisher bestehenden vier laryngologischen Gesellschaften (nämlich der Vereine süddeutscher Laryngologen und westdeutscher Hals- und Ohrenärzte, sowie der Berliner laryngologischen und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft) sind einer Einladung von Excellenz Moritz Schmidt folgend am 7. August 1904 in Frankfurt a. M. zusammengetreten und haben persönlich, nicht im Namen der Gesellschaften, mit Zugrundelegung des weiter unten angeführten Satzungenvorschlags die Gründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft beschlossen.

Da der Verein süddeutscher Laryngologen am zweiten Pfingstfeiertag zu Heidelberg seinen üblichen Congress abhält, soll ausnahmsweise zur grösseren Bequemlichkeit der Theilnehmer und nur dieses Mal die

erste Tagung der deutschen laryngologischen Gesellschaft
zu Heidelberg

am 13. Juni 1905, also am dritten Pfingstfeiertag, Vormittags $8^1/_2$ Uhr, in der medicinischen Universitätsklinik stattfinden.

Sie werden hierdurch höflichst ersucht, Ihre Beitrittserklärung an den ersten Schriftführer Avellis-Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage 48, möglichst bald gelangen zu lassen, auch wenn Sie diesmal am persönlichen Erscheinen verhindert sein sollten. Der Beitrag beträgt 3 Mark. Zugleich ergeht an Sie die Bitte etwa beabsichtigte Demonstrationen oder Vorträge bei dem Schriftführer baldigst anzumelden.

Herr B. Fränkel wird sprechen über „die Zukunft der Laryngologie".

Am 11. Juni, Nachmittags 7 Uhr, ist im Grand-Hotel zu Heidelberg eine Sitzung des vorläufigen Vorstandes eingesetzt.

Der vorläufige Vorstand der Gesellschaft ist bis zur Genehmigung durch die erste Versammlung aus folgenden Herren zusammengesetzt:

Wirkl. Geh. Rath Professor Dr. Moritz Schmidt, Frankfurt a. M., 1. Vorsitzender.
Geh. Med.-Rath Professor Dr. Bernhard Fränkel, Berlin, 2. Vorsitzender.
Professor Dr. Jurasz, Heidelberg, Localvorstand.
Dr. Georg Avellis, Frankfurt a. M., 1. Schriftführer.
Professor Dr. Paul Heymann, Berlin, 2. Schriftführer.
Dr. Neumayer, München, Kassirer.
Professor Dr. Rosenberg, Berlin
Dr. Kuttner, Berlin
Dr. Hansberg, Dortmund
Dr. Roepke, Solingen
Dr. Mader, München
Dr. Winkler, Bremen
} Beisitzer.

Congress des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Vor-Einladung.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertag, den 12. Juni, findet in

Heidelberg

in der üblichen Weise der XII. Congress südd. Laryngologen statt. Das definitive Programm wird Mitte Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, sich an unserer Tagung persönlich zu betheiligen und etwa beabsichtigte bisher nicht publicirte Vorträge und Demonstrationen bis zum 1. Mai beim Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch die Neuanmeldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Georg Avellis, Frankfurt a. M, Vorsitzender.

Felix Blumenfeld, Wiesbaden. Luisenstrasse 22, Schriftführer.

Bis jetzt haben schon Vorträge angemeldet:

1. Herr Seifert, Würzburg: „Nachbehandlung der Adenotomie."
2. Herr Killian, Freiburg: Thema vorbehalten.
3. Herr Sänger, Magdeburg: „Asthmatherapie."
3. Herr Schröder, Cassel: „Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere."
5. Herr Winckler, Bremen: a) „Laryngofissur nach Semon's Vorschriften." b) „Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Larynxtuberculose mit Röntgenstrahlen."
6. Avellis, Frankfurt a. M.: Röntgenaufnahmen bei bösartigen Nebenhöhlentumoren. (Demonstration.)

Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Monsieur et très honoré confrère!

La Réunion annuelle de la Société aura lieu à Liége, les

17 et 16 Juin 1905.

Si vous avez l'intention d'y faire des communications, des démonstrations,

de présenter des malades, des pièces anatomo-pathologiques ou des préparations microscopiques, veuillez avoir l'obligeance d'en avertir le Secrétaire, **avant le 15 mai prochain.**

Nous vous rappelons que les sujets mis à l'ordre du jour et faisant l'objet de rapports sont:

1° Le Diagnostic des labyrinthites: rapporteur, M. Hennebert;
2° La cure chirurgicale du cancer du larynx: rapporteur, M. Cheval;
3° Les complications endo-craniennes des sinusites de la face: rapporteur, M. Delsaux.

Recevez, Monsieur et très honoré confrère, nos salutations cordiales.

Le Secrétaire,
Dr. C. Hennebert,
9 rue d'Egmont, Bruxelles.

Le Président,
Dr. V. Delsaux.

American Laryngological Association.

Dear Doctor:

The Twenty-seventh Annual Congress of the American Laryngological Association will be held at the Hotel Chelsea, Atlantic City, N. J., under the Presidency of Dr. Clarence C. Rice, on Thursday, Friday and Saturday, June 1st, 2nd and 3rd, 1905. The same arrangements will be made with the Hotel as last year.

Fellows intending to present papers must forward the titles of the same to the Secretary not later than April 25th. One copy must by ready to hand to him at time of reading. An early knowledge of titles is necessary in order to properly arrange the programme.

The following provisional programme has been arranged:

Thursday, June 1st, 10 A. M.—Opening of the Congress; President's Address; Papers and Discussions; Executive Session.

3 P. M.—Papers and Discussions.

In the evening the Congress will be entertained by the President. Further particulars will be announced later.

Friday, June 2nd, 10 A. M.—Executive Session; Papers and Discussions.

3 P. M.— Papers and Discussions.

In the evening the Annual Dinner of the Association will be held at the Hotel. Tickets, five dollars. Please sign and return inclosed card at your earliest convenience.

Saturday, June 3rd, 10 A. M.—Closing Session; Papers and Discussions; Executive Session; Election of Officers; Unfinished Business; Adjournment.

The official programm will be issued about May 15th.

Very truly yours,

James E. Newcomb, M. D.,
Secretary.
118 West 69th Street. New York.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. **Berlin, Juni.** **1905. No. 6.**

I. Internationale laryngologische Zusammenkünfte.

Die Frage nach der Gestaltung zukünftiger laryngologischer Zusammenkünfte spitzt sich immer mehr zu. Das Organisationscomité des Lissaboner Congresses, das bereits vor Monaten in seinem officiellen Blatte angekündigt hatte, dass den Laryngologen die ihnen gebührende Antwort auf ihre Beschwerden zutheil werden würde, hat sich seither völligen Schweigens beflissen. Es scheint demnach auf seinem Beschlusse: der Laryngologie und der Otologie gemeinsam eine Subsection zuweisen zu wollen, zunächst noch zu beharren. — Von den Beschlüssen der Londoner und der Pariser Laryngologischen Gesellschaft dieser Haltung gegenüber haben wir unseren Lesern bereits Kenntniss gegeben. — Soeben geht uns folgendes Schreiben des Generalsecretärs der Société française d'otologie et de laryngologie, Dr. Joal, zu:

Paris, le 12. Mai 1905.

Très honoré confrère!

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que sur la demande de MM[rs] Lermoyez, Molinié, Moure et Texier, la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans sa séance du 8 Mai 1905 à mis en discussion; la question suivante, à propos du Congrès international de Lisbonne.

Doit-on accepter que l'otologie et la laryngologie soient classées dans une seule section ou faut-il, comme cela a été fait précédement, obtenir deux sections distinctes l'une pour l'otologie, l'autre pour laryngologie?

Les votes ont été répartis de la façon suivante cinquante cinq votants.

Une seule section, sans sous-section	45 voix,
Une seule section, avec sous-section facultative .	4 voix,
Deux sections distinctes	1 voix,
Bulletins blancs	5 voix,
	55 voix.

Je suis, très honoré confrère votre bien devoué

Dr. Joal.



Inzwischen ist der Laryngologie in ihrem Kampfe für ihre Unabhängigkeit ein mächtiger Bundesgenosse in der Person Wilhelm Waldeyer's erwachsen, der in einem hochinteressanten Artikel über „Nationale und Internationale Medicinercongresse" in der „Berliner klinischen Wochenschrift" vom 8. Mai 1905, den wir der Beachtung aller unserer Leser angelegentlichst empfehlen, sich über die Frage der Sectionen, und speciell der laryngologischen Sectionen, folgendermaassen ausdrückt:

„Ich komme nun zu den Sectionen. Was die Räumlichkeiten für dieselben anlangt, so ist nur zu wünschen, dass diejenigen für verwandte Sectionen möglichst nahe zusammenliegen; das ist übrigens bis jetzt auch bei allen denjenigen internationalen Congressen, denen ich beiwohnen konnte, der Fall gewesen. Im Uebrigen kommt es nicht so sehr darauf an, ob diese Sectionslocalitäten alle in einer und derselben Stadtgegend sich befinden; sie können weiter zerstreut sein, wenn sie sonst den Bedürfnissen entsprechen: Grösse, gutes Licht, Vorrichtungen zu etwaigen Demonstrationen, passende Verbindungen und dergleichen."

„Eine der wichtigsten Fragen ist die nach der Abgrenzung der Sectionen: wie viele und welche Sectionen soll man vorsehen? Die Erfahrung fast jedes Mediciner-Congresses hat gelehrt, dass darüber schwer eine Einigung zu erzielen ist. Der Grund davon ist leicht erkenntlich: es ist die Auftheilung der gesammten Medicin in einzelne Specialdisciplinen, von der keine zur Rolle des Poeten verurtheilt werden möchte: die Medicin ist nun einmal ein irdisch Ding! So haben sich dann mitunter höchst unerquickliche Verhandlungen abgespielt, wenn die Congressleiter versuchten, einzelne Sectionen verwandter Art zusammenzuschweissen. Mitunter ist das nach Eröffnung des Congresses von selbst geschehen, wenn einzelne verwandte Fächer zu wenig Theilnehmer aufwiesen, so bei der anatomischen und bei der physiologischen Section und bei anderen. Je mehr Sectionen, desto mehr Arbeit für die Congressleitung, schon die Unterbringung derselben macht oft nicht geringe Schwierigkeiten; indessen dürfte sich darin manches erleichtern lassen, wenn man, wo es irgend möglich ist, verwandte Sectionen in demselben Raume unmittelbar nacheinander tagen liesse."

„Ich bin früher Anhänger einer möglichst grossen Verminderung der Zahl der Sectionen gewesen, bin aber davon nach manchen Erfahrungen auf früheren Congressen und durch Besprechungen mit Collegen verschiedenster Specialitäten zurückgekommen. Den häufig angeführten Grund, dass die Einzeldisciplinen um ihre öffentliche Anerkennung durch Schaffung einer eigenen Section bei den grossen Congressen erfolgreich wirken würden, mag man gelten lassen. Wichtiger scheint mir aber die Erwägung, dass es vor allem darauf ankommt, den Sectionsvorträgen zufriedengestellte Vortragende und aufmerksame Hörer, sowie die Möglichkeit einer eingehenden Discussion zu verschaffen. Wer öfters Sectionsverhandlungen bei grossen Congressen beigewohnt hat, wird wissen, dass die knappe Beschränkung der Vorträge auf die üblichen 20—15, ja 10 Minuten und dann das Hinwegschlüpfen über jede ernste Discussion, welches

namentlich in den letzten Tagen, an welchen man erkennt, dass man kaum mit dem Jahr auf Jahr mehr anschwellenden Stoffe fertig werden wird, hervortritt, ein unvermeidliches und gefährliches Uebel geworden ist. Manche sagen: Man bekommt ja doch alles gedruckt! Da könnte man dann gleich hinzufügen — um es nicht zu lesen! Vieles hat nach der langen Zeit, die zwischen Druck und Vortrag vergeht, an actueller Bedeutung verloren, inzwischen ist schon soviel Neues auf den Markt gebracht und vollends, Discussionen wirken wohl, wenn sie ex viva voce gehört, nicht aber, wenn sie uns in Lettern vorgeführt werden. Und das schlimmste ist das lähmende Gefühl, welches auf der ganzen Versammlung zu lasten beginnt, sobald man das Hasten und Jagen verspürt, um nur zu Ende zu kommen. Hierzu kann durch Auflösung in kleinere Sectionen wirksame Abhülfe geschaffen werden."

„Bei den umfassenden Disciplinen der Inneren Medicin, der Chirurgie und der Geburtshülfe wird man freilich auf dieses Mittel verzichten müssen; aber man sollte es, wo es angeht, nicht bei Seite schieben. Um an ein bestimmtes Beispiel anzuknüpfen, wähle ich die Bildung der Sectionen für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie, welche ja auch für Lissabon schon zu Zwiespaltigkeiten geführt hat. Diese drei Disciplinen haben sich in neuerer Zeit in beispiellos rascher Weise entwickelt. Die Frage ist, soll für jede dieser Disciplinen eine eigene Section geschaffen werden oder nicht? Sollen dann alle drei zusammengespannt werden oder soll man die Rhinologie mit der Otriatie oder mit der Laryngologie, oder diese mit der Otiatrie verknüpfen, um wenigstens eine Section zu sparen? Vor allem wehren sich die Laryngologen, mit den übrigen verschmolzen zu werden. Mit den Rhinologen möchten sie noch gehen, aber nicht im Schlepptau der Otiatriker. Sie beanspruchen als wichtige Sonderdisciplin — und wer wollte das leugnen? — eine Anerkennung durch eine selbstständige Stellung auf dem Congresse. Obwohl ich, wie gesagt, einer solchen Congress-Anerkennung nicht den hohen Werth beilegen kann, den die Laryngologen ihr zumessen, so bin ich durchaus der Meinung, dass man ihnen nachgeben sollte. Die Laryngologen können sehr wohl für sich eine Section ausfüllen, an Vorträgen wird es nicht mangeln, und es wird dann reichlich Zeit für eine fruchtbringende Discussion bleiben. Zur Otiatrie hat die Laryngologie keine natürlichen Beziehungen; es werden weder laryngologische Vorträge bei den anwesenden Otiatrikern, noch umgekehrt otiatrische bei den Laryngologen besonderes Interesse erwecken. Freilich die Rhinologie hat nahe Beziehungen sowohl zur Otiatrie, wie zur Laryngologie und dasselbe gilt vom Pharynx und dessen Nosologie. Wie man nun da theilen oder vereinigen soll, ist schwer zu sagen. Ich würde vorschlagen, drei Sectionen vorzusehen und es dann den Rhinologen zu überlassen, ob sie allein tagen wollen, oder sich entweder mit den Ohrenärzten oder den Kehlkopfärzten verbinden. Widerwilliges Zusammenbringen ist niemals räthlich; sorge man, so lautet mein Rath, zunächst dafür, dass jede Section, für die sich Anmeldungen finden und die beantragt wird, getrennt tagen kann; sobald die Verhandlungen beginnen, wird man sich, falls ein reelles Bedürfniss sich herausstellt, schon von selbst vereinigen."

Wie man sieht, stellt sich Waldeyer auf die Seite derjenigen Laryngologen, die sich nicht von den Otologen „ins Schlepptau nehmen“ lassen wollen. Der Vorschlag, den er selbst macht: drei unabhängige selbstständige Sectionen, eine für Laryngologie, eine für Rhinologie, eine für Otologie zu errichten, und es den Rhinologen zu überlassen, ob sie für sich allein tagen, oder sich entweder mit den Ohrenärzten oder mit den Kehlkopfärzten verbinden wollen, — ist freilich sehr überraschend und geeignet, die schon an sich sehr verzwickte Sachlage noch weiter zu compliciren. Man überlege sich nur einmal, wie die ganze Frage gegenwärtig steht! —

Da haben wir zunächst die Situation, die das Lissaboner Organisationscomité uns aufzwängen will: eine Subsection für Laryngologie und Otologie combinirt. Nun, an die Annahme dieser Stellung ist nicht zu denken. Wir sind überzeugt davon, dass wenn das Comité bei seinem Beschlusse beharren sollte, nicht ein einziger Kehlkopf- oder Ohrenarzt von Ruf in dieser Subsection erscheinen und dass die betreffende Abtheilung, wenn sie überhaupt zustande käme, ein klägliches Fiasco machen würde.

Angenommen aber, dass das Comité halsstarrig bleibt, so stehen wir sofort vor der Frage: was nun thun? Und selbst in dem viel wahrscheinlicheren Falle, dass das Comité nachgiebt, ist die Schwierigkeit nicht gelöst. Denn in beiden Fällen kommen wir — wie dies aus den Resolutionen der beiden französischen Gesellschaften klar hervorgeht — sofort zu unseren eigenen inneren Spaltungen.

Nehmen wir einmal an, dass das Comité bei seinem Beschlusse bleibt. Wie die Einmüthigkeit der in meinem Hause am 18. März stattgehabten informellen internationalen Versammlung gezeigt hat, gehen wir dann alle nicht nach Lissabon, sondern gründen — — was? — Einen internationalen laryngologischen Congress? —

Zu einem solchen wären die Deutschen, die Engländer, die Oesterreicher, die Ungarn und die Amerikaner wahrscheinlich leicht genug zu bewegen. Aber die Franzosen, die Belgier, die Holländer, die Italiener, die Spanier sind durchaus für die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie. Ich kann nicht besser thun, als hier das Flugblatt abdrucken, das den Mitgliedern der Société française d'otologie et de laryngologie vor ihrer am 8. Mai abgehaltenen Jahresversammlung von ihrem Vorstand zugesandt worden ist und auf welches sie, wie der oben abgedruckte Brief Dr. Joal's zeigt, in so unzweideutiger Weise geantwortet haben:

Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

Note adressée à MM. les Membres fondateurs et titulaires par les soins du Bureau, à propos du Congrès de Lisbonne.

Le samedi 18 mars 1905, Sir Felix Semon a réuni dans sa splendide habitation de la Wimpole Street les principaux laryngologistes étrangers venus à Londres à l'occasion des fêtes du centenaire de Garcia.

Le but de cette réunion était de s'entendre au sujet de l'attitude à prendre vis-à-vis du Comité d'organisation du Congrès international de Lisbonne (avril 1906).

Dans une première répartition des sections médicales, ce Comité avait réuni dans une même section la laryngologie, la rhinologie, l'otologie et la stomatologie. Il y eut alors une protestation unanime de la part des laryngologistes anglais, et la Société laryngologique de Londres, offensée de cette situation, considéra comme un précédent extrêmement fâcheux l'association de ces spécialités si dissemblables.

Le Comité de Lisbonne reconnut son erreur et sépara la stomatologie d'une part, et l'oto-rhino-laryngologie d'autre part. De celle-ci, il fait une sous-section unique.

C'est pour protester contre cette très imparfaite satisfaction donnée à la laryngologie que Sir Felix Semon avait convoqué ses collègues.

Une séance véritablement internationale fut tenue sous la présidence du professeur B. Fraenkel, de Berlin. MM. Moure, Mahu, Molinié, Texier et Lermoyez y représentaient la France.

Trois projets de résolution furent proposés à cette réunion.

Tout d'abord, on lui demanda de protester contre l'attribution d'une simple sous-section à l'oto-rhino-laryngologie, alors que l'urologie était classée dans une section. Ce premier point réunit l'unanimité des suffrages.

On mit ensuite en discussion la question suivante: Doit-on accepter que l'otologie et la laryngologie soient classées dans une seule section ou faut-il, comme cela a été fait dans les précédents Congrès internationaux, obtenir deux sections distinctes, l'une pour l'otologie, l'autre pour la laryngologie? La rhinologie pourrait alors être attribuée à la fois à ces deux sous-sections?

Sur ce second point, la discussion fut longue et l'accord ne put se faire, tout au moins provisoirement.

En faveur de la séparation absolue de l'otologie et de la laryngologie, plaidèrent chaudement les représentants de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Autriche. Ils firent valoir que, dans leur pays, les maîtres les plus autorisés pratiquent exclusivement l'une de ces deux spécialités, et qu'on ne pouvait songer à les obliger à se grouper ensemble; que d'ailleurs, dans les précédents Congrès, les communications ont toujours été si nombreuses qu'à peine a suffi à les produire la totalité des séances réservées aux deux sections, et qu'en réunissant celles-ci en une seule, on eût certainement manqué de la moitié du temps nécessaire pour les entendre.

Les représentants de la France, de la Belgique, de la Hollande et de l'Italie, sans contester la valeur de ces arguments, laissèrent entendre qu'on pourrait cependant leur opposer des objections non moins rationnelles. Ils mirent en avant que, dans leur pays, les spécialistes pratiquent actuellement presque tous à la fois l'otologie et la laryngologie: que les journaux spéciaux qui s'y publient ont tous trait à ces deux sciences; que les Sociétés française, parisienne, belge, néerlandaise et italienne sont oto-laryngologiques à la fois; et qu'il semble tout à fait rationnel de suivre cette même indication dans les Congrès internationaux. En attribuant deux sous-sections distinctes à l'otologie et à la laryngologie, on met les oto-laryngologistes dans l'impossibilité matérielle d'entendre toutes les communications qui les intéressent, puisque celles-ci

ont lieu simultanément dans deux locaux séparés. Ils firent enfin très justement remarquer que le nombre des otologistes et des laryngologistes purs va sans cesse en diminuant, même en Allemagne, et que l'otologie et la laryngologie, jadis séparées, tendent actuellement à une fusion inévitable et logique, grâce au trait d'union que leur offre la rhinologie. Rien de définitif ne put donc être décidé au sujet de la réunion ou de la séparation de l'otologie et de la laryngologie au prochain Congrès international des Lisbonne. Mais on s'accorda sur la nécessité de porter la question devant les diverses Sociétés d'otologie et de laryngologie, de leur exposer impartialement le pour et le contre; de leur demander leur avis officiel. Et le résultat de cette importante consultation internationale indiquerait au Comité exécutif de Lisbonne, dans quel sens doit être résolue la question de la réunion ou de la séparation de l'otologie et de la laryngologie.

Wenn nach dieser Schilderung der Sachlage 45 von 55 Abstimmenden sich für die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie ausgesprochen haben, so zeigt dies gewiss klar genug, wie man in Frankreich über die Frage denkt.

Ferner ist mit grosser Wahrscheinlichkeit voraus zu sagen, dass selbst, falls die Lissaboner Autoritäten nach den bereits erfolgten und angesichts der mit Sicherheit zu erwartenden weiteren Resolutionen laryngologischer Gesellschaften ihren Beschluss ändern und von einer combinirten Subsection Abstand nehmen würden, die einzige Aenderung, die sie vornehmen werden, darin bestehen wird, dass sie wohl der combinirten Abtheilung die Stellung einer vollen Section zuerkennen, gleichzeitig aber mit Berufung auf die Uneinigkeit unter den Angehörigen beider Fächer und auf die französischen Beschlüsse es bei der Combination belassen werden.

Was dann?

Dann hätten wir eine combinirte oto-laryngologische Section bei den internationalen medicinischen Congressen und ausserdem einen unabhängigen internationalen otologischen Congress. Es ist wahrscheinlich, dass die Otologen, die ja schon seit längerer Zeit den Schwerpunkt ihrer Zusammenkünfte in letzteren verlegt haben, es nicht für der Mühe werth finden werden, gegen einen solchen Beschluss Einspruch zu erheben. Die Laryngologen aber wären der Hälfte ihrer Arbeitszeit bei den grossen internationalen Congressen beraubt, ohne die Compensation zu besitzen, welche die Otologen in Gestalt ihrer Specialcongresse zu ihrer Verfügung haben.

Und falls die Lissaboner Herren bei ihrem Beschlusse beharren, was dann?

Sollen wir einen unabhängigen internationalen laryngologischen Congress begründen, oder sollen wir bei dem internationalen otologischen Congress eine Aenderung seines Charakters und Amalgamation mit der Laryngologie beantragen?

Und im ersteren Falle: was wird aus der Rhinologie?—Soll der Waldeyersche Gedanke eventueller völliger Unabhängigkeit der Rhinologie verwirklicht werden?

Ich habe die Sachlage in die Form von Fragen eingekleidet, weil ich bei der augenscheinlich bevorstehenden Krisis in der Entwicklung unserer Specialität **jeden**

einzigen Laryngologen zum ernstesten Nachdenken über die ganze Angelegenheit anzuregen wünsche.

Persönlich stehe ich nicht an zu bekennen, dass ich die Entwicklung, welche die ganze Frage in letzter Zeit genommen hat, lebhaft bedauere. Seitdem die Laryngologie zu einer unabhängigen Stellung bei den internationalen Congressen gelangt ist, hat sie — falsche Bescheidenheit bei Seite gesetzt — Treffliches und der Gesammtmedicin zu Gute Kommendes bei diesen Gelegenheiten geleistet und wenn man überhaupt etwas an der bisherigen Sachlage aussetzen will, so ist es, dass die zu Gebote stehende Zeit fast niemals ausgereicht hat, um alles vorgebrachte Material gründlich zu erledigen.' Wie lange dieser befriedigende Stand der Dinge angehalten haben würde, wenn nicht das Lissaboner Organisationscomité — der Gesammtwissenschaft damit wahrlich keinen guten Dienst leistend — den Erisapfel unter uns geworfen hätte, darüber ist es bei der Entwicklung, welche die Dinge jetzt leider nehmen, müssig zu speculiren. Ich habe mich, wie meine früheren Artikel über diese Frage in diesem Blatte zeigen, seit längerer Zeit nicht der Einsicht verschlossen, dass die aus vorwiegend äusserlichen Motiven in der Praxis angebahnte Verschmelzung der Laryngologie und Otologie schliesslich auch zu einer Vereinigung beider Specialitäten zu einer einzigen Section bei den internationalen Congressen führen dürfte. Aber die Entwicklung der Frage, wie sie jetzt vorgeht, ist meiner Ueberzeugung nach eine überstürzte und wissenschaftlich bedauerliche. In fast dreissigjähriger ausgedehnter rhino-laryngologischer Praxis, bei regelmässigem Besuch der Sitzungen einer grossen laryngologischen Specialgesellschaft seit zwölf Jahren hat mir die innerliche, wissenschaftliche Nothwendigkeit einer Verschmelzung der laryngologischen mit der otiatrischen Specialität nie eingeleuchtet. Was ich klar sehe, ist nur, dass bei den an sich seltenen allgemeinen internationalen Congressen, und der von ihnen gebotenen Gelegenheiten internationaler Aussprache unter den Laryngologen, bei denen schon bisher die Zeit nicht ausgereicht hat, diese Zeit noch weiter um ihre volle Hälfte beschränkt werden soll, und dass die Laryngologie an die Wand gedrückt wird, während den Otologen — wie dies immer wieder betont werden muss — die Gelegenheit zu häufigerer Zusammenkunft in Gestalt ihrer otologischen Specialcongresse gewahrt bleibt. Das ist die Sachlage in nuce!

Falls nicht noch in letzter Stunde in Lissabon weisere Beschlüsse die Oberhand gewinnen, werden die Laryngologen zu dem jetzt vorliegenden Dilemma Stellung nehmen müssen. Soweit ich die Sachlage zu übersehen vermag, haben wir mit folgenden Möglichkeiten zu rechnen:

1. Das Lissaboner Comité bleibt bei seinem gegenwärtigen Beschlusse, d. h. einer gemeinsamen Subsection für Laryngologie und Otologie.

2. Es ändert diesen Beschluss im Einklang mit den Wünschen der Londoner laryngologischen Gesellschaft dahin, dass sowohl der Laryngologie wie der Otologie je eine volle Section eingeräumt wird. (Es ist kaum wahrscheinlich, dass der Vorschlag Prof. Waldeyer's, auch der Rhinologie eine unabhängige Section zu bewilligen, in Erfüllung gehen wird).

3. Es modificirt seinen Beschluss im Einklang mit den Wünschen der französischen Gesellschaften dahin, dass es die projectirte combinirte Subsection für

Laryngologie und Otologie zum Range einer vollen Section erhebt, es aber bei der Combination belässt.

Die für die Interessen der Laryngologie bei weitem befriedigendste Lösung der Frage wäre natürlich durch die Adoption der zweitgenannten Möglichkeit geboten. Wenn man nur die Sache so lassen wollte, wie sie sich bei den bisherigen internationalen Congressen wissenschaftlich trefflich bewährt hat, d.h. jeder der beiden Specialitäten den Rang einer vollen Section einräumte, so wäre alle begründete Veranlassung zur Unzufriedenheit, alle Nothwendigkeit weiterer Schritte mit einem Schlage beseitigt! — Die technischen Beschwerden, die von Seiten engerer Fachgenossen bei Gelegenheiten der letzten Congresse laut geworden sind, lassen sich bei gutem Willen und bei einigem Organisationstalent leicht genug auf ein Minimum reduciren. Man lasse vor allen Dingen die beiden Sectionen — wie dies in Paris bereits realisirt wurde — in zwei benachbarten Sitzungsräumen tagen, und lasse die Vorstände beider Sectionen die Tagesordnungen gemeinsam in der Weise festsetzen, dass, während rein otologische Fragen von den Otologen, rein laryngologische Fragen von den Laryngologen in ihren respectiven Sectionen discutirt werden, den Angehörigen beider Sectionen Gelegenheit gegeben wird, Fragen, die beide interessiren, gemeinsam zu besprechen — und aller Grund zu berechtigten Klagen wird verschwinden! — Jedenfalls ist diese Lösung, wie ich glaube, eine unvergleichlich billigere und gerechtere, als wenn die Arbeitszeit jeder der beiden Specialitäten auf die Hälfte herabgesetzt und das Interesse eines grossen Theils der Anwesenden dementsprechend für die volle Hälfte der zu Gebote stehenden Zeit brachgelegt wird, nur damit der andere Theil Alles zu geniessen bekommt, was dargeboten wird!

Bleibt das Comité andererseits bei seiner gegenwärtigen Entscheidung, so wird zu erwägen sein, ob man auf internationale specialistische Zusammenkünfte überhaupt verzichten oder eine neue Organisation schaffen will. Und dieselbe Frage tritt an die reinen Laryngologen aus den im Obigen ausgeführten Gründen heran, falls es bei einer Combination der Laryngologie und Otologie bleibt, auch wenn dieselbe vollen Sectionsrang erhält.

Unter beiden letztgenannten Eventualitäten stehen wir dann meines Erachtens vor folgenden vier Möglichkeiten:

1. Unterwerfung unter den etwaigen Beschluss des Lissaboner Comité's, der Laryngologie und Rhinologie eine gemeinsame volle Section zu gewähren und im Anschluss hieran:

2. Verwandlung des periodischen internationalen otologischen Congresses in einen oto-laryngologischen, um auf diese Weise den Verlust der halben Arbeitszeit bei den allgemeinen Congressen zurückgewinnen. (Hierbei wird argumenti causa vorausgesetzt, dass die Otologen einer solchen Umwandlung zustimmen würden, obwohl ich dessen nichts weniger als sicher bin.)

3. Begründung eines unabhängigen periodisch zusammenkommenden, internationalen, laryngo-rhinologischen Congresses.

4. Verzichtleistung auf internationale laryngologische Zusammenkünfte überhaupt.

Für welche dieser Möglichkeiten sich die Collegen entscheiden wollen, das steht nun bei ihnen selbst. Persönlich würde ich, so schwer es mir ankommt, die Laryngologie aus dem Rahmen der allgemeinen internationalen Congresse scheiden zu sehen, der Begründung eines unabhängigen, periodisch zusammenkommenden, internationalen laryngo-rhinologischen Congresses noch am ehesten zustimmen. Denn einerseits halte ich die Rhino-Laryngologie für wahrlich lebensfähig und kräftig genug, um auf eigenen Füssen zu stehen, und andererseits bedeutet die Adoption einer combinirten Section bei den allgemeinen Congressen plus der Verwandlung des otologischen in einen laryngo-otologischen Congress für die reinen Laryngologen und reinen Otologen unzweifelhaft eine Verdoppelung der Missstände einer solchen Combination! —

Aber in diesen Fragen muss die vox populi entscheiden, und es steht nur zu hoffen, dass die leider unzweifelhafte bisherige Theilnahmlosigkeit des grösseren Theiles der Fachgenossen solchen öffentlichen Fragen gegenüber endlich der Einsicht weichen wird, dass diese Fragen, wenn auch nicht heute oder morgen, so doch im weiteren Verlauf von grösster Bedeutung ebenso für die wissenschaftliche Entwickelung unserer Specialität wie für die Stellung der Specialisten selbst sind! —

Bisher haben officiell nur die Engländer und Franzosen zu der Frage Stellung genommen. In wenigen Wochen haben die deutschen Laryngologen die Gelegenheit, die gewichtige Ansicht Deutschlands über diese Frage zu Worte kommen zu lassen. Inmitten des Wirrwarrs, in dem wir uns befinden, wird es bedeutungsvoll sein, was die Berliner, die süddeutsche und die in den Pfingsttagen in Heidelberg zu begründende deutsche laryngologische Gesellschaft zu der ganzen Frage zu sagen haben! — Wir hoffen, dass dieselbe eingehend erwogen und zum Besten der Weiterentwicklung der Laryngologie entschieden werden wird.

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **W. E. Sauer. Laryngologie und Otologie. (Laryngology and Otology.)** *Interstate Medical Journal. Januar 1905.*

Eine Uebersicht über die Literatur des letzten Jahres, die sehr gründlich ist und die Publicationen in den wichtigsten Journalen der Welt berücksichtigt.

EMIL MAYER.

2) **Pierre Bonnier. Nasen-, Hals-, Ohrenkrankheiten. (Maladies du nez, du larynx et de l'oreille.)** *Auszug aus der Abhandlung über Hygiene und Pathologie der Säuglinge und Kinder. Paris 1905.*

Ein didactischer Artikel, der mit grosser Gründlichkeit die Krankheiten der oberen Luftwege im Säuglings- und ersten Kindesalter und ihre Beziehungen zur allgemeinen Gesundheit erörtert; es werden die acuten und chronischen, syphiliti-

schen, blennorrhoischen und pseudomembranösen Rhinitiden, die Laryngitiden, die Papillome und die Larynxintubation behandelt. A. CARTAZ.

3) **Notiz des Herausgebers. Entzündungen der Schleimhäute. (Inflammations of the mucous membranes.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1905.*

Es wird die Anwendung einer Mischung von Formaldehyd mit 4proc. Glycerin für alle möglichen Schleimhautaffectionen empfohlen. LEFFERTS.

4) **James E. Newcomb. Die Anwendung von Mucin bei atrophischen Zuständen in Nase und Hals. (The employement of mucin in atrophic conditions of the nose and throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1904.*

Die Mucinpräparate werden aus Schleimhäuten von Kalb und Schwein hergestellt. Sie kommen in 2 Formen in den Handel, als „Tabloids", die Mucin und doppeltkohlensaures Natron enthalten, ähnlich wie Pepsintabletten schmecken und vornehmlich für den innerlichen Gebrauch bestimmt sind. Die zweite Form stellt die sogenannten „Solvids" dar, die ausser Mucin und Natronbicarbonat auch noch Menthol enthalten. Sie sind dazu bestimmt, aufgelöst und zur Nasenirrigation benutzt zu werden. Verf. kann sich nicht davon überzeugen, dass das Mucin besser wirkt als andere Mittel, gesteht aber, dass es von grossem Nutzen ist und hat Fälle gesehen, in denen es Patienten, die bei Ichthyolbehandlung keine Fortschritte machten, bei der Mucintherapie wesentlich besser ging. EMIL MAYER.

5) **A. Löwen. Quantitative Untersuchungen über die Gefässwirkung von Suprarenin.** *Arch. f. exper. Pathologie. Bd. XXXXI. 4/6. S. 415.*

Das Suprarenin wurde in Combination mit Cocain, Eucain und Tropacocain geprüft. Nur das Cocain liess die Suprareninwirkung zur vollen Entfaltung kommen, während die beiden anderen Anaesthetica zugleich der Gefässverengerung entgegenwirken. J. KATZENTSEIN.

6) **E. Friedmann. Zur Kenntniss des Adrenalins (Suprarenins).** *Vorl. Mittheil. Hofmeister's Beitr. VI. 1/2. S. 92.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) **R. Elliot. On the action of adrenalin.** *Journ. of Physiol. (Proc. Physiol. Soc.). XXXI. 3/4. p. 20.*

Adrenalin stellt den chemischen Reizstoff dar, der bei Reizung sympathischer Nerven in Freiheit gesetzt wird und in Action tritt. J. KATZENSTEIN.

8) **C. Bertrand. Sur la composition chimique et la formule de l'adrenaline.** *Compt. rend. CXXXIV. 12. p. 502 und Bull. Soc. Chim. XXXI—XXXII. No. 20—21.*

In Bestätigung der Angaben von Aldrich, v. Fürth, Jowell, Pauly, Abderhalden, Bergel schreibt Verf. dem Adrenalin die Formel $C_9H_{13}NO_3$ zu.

J. KATZENTSEIN.

9) **H. Meyer. Zur Constitution und Synthese des Suprarenins (Adrenalins).** *Centralbl. f. Physiol. No. 16. S. 501. 1904.*

Verf. hat das Suprarenin oxydirt, es so in Amidoketon umgewandelt. Dieses ist identisch mit einem synthetisch durch Einwirkung von Methylamin auf Chloraceto-Brenzkatechin gewonnenen Aminoketon (Methylaminoaceto-Brenzkatechin). Es hat stark blutdrucksteigernde Wirkung. J. KATZENSTEIN.

10) **Emmett Welsh. Einige Erfahrungen mit salzsaurem Adrenalin. (Some experiences with Adrenalin Chloride.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Im ersten der hier mitgetheilten Fälle wurde Patient zum Zweck der Entfernung eines Myxofibroms aus dem Mittelohr chloroformirt und von 1—2proc. Adrenalinlösung eine Injection in das Ohr gemacht. Patient starb umgehend. Im zweiten Falle wurde einem 18jährigen Mädchen, das wegen eines Sarkoms des Auges operirt werden sollte, nach Chloformirung eine Adrenalininjection in das Auge gemacht; nach der Operation wurde dieselbe Lösung (1—2 pro Mille) in die Orbita injicirt. Bald darauf sistirte die Athmung, Patientin wurde pulslos, kam aber unter energischen Maassnahmen wieder zu sich.

Verf. scheint aus diesen Fällen den Verdacht herzuleiten, dass die Anwendung des Adrenalin nicht so ungefährlich ist, wie allgemein angenommen wird.

EMIL MAYER.

11) **Edwin Pynchon. Einige verbesserte Instrumente für Nase, Hals, Ohr. (Some improved nose, threat and ear instruments.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Folgende Instrumente hat Verf. modificirt: Ein Tonsillenmesser, eine Schlinge für Tonsillen, ein Haemostat für Tonsillarblutungen, eine Nasenrachencurette, ein besonderes Nasenspeculum. EMIL MAYER.

12) **Rothenaicher. Universalspritze und Pulverbläser für die Behandlung von Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten.** *Mit 5 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 10. 1904.*

Die Spritze besteht aus einem Gummiballon mit vernickelter Metallröhre und aufgestülptem Gummischlauch, in den die verschiedenen Ansätze hineingesteckt werden. Der Pulverbläser besteht „aus einem Mundstück, 2 Gummischläuchen mit einer Glaskugel verbunden und einem Aufnahmestück für die verschiedenen Ansätze". Das Instrumentarium ist in der Arbeit abgebildet, die Technik eingehend erörtert. HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **W. Lubosch. Ueber den Bau und die Entwickelung des Geruchsorgans von Petromyzon.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. zum 25. Bd. Verh. d. Anat. Gesellsch. Jena 1904. S. 67.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.



14) **O. Sund. Die Entwickelung des Geruchsorgans bei Spinax niger.** *Biol. Centralbl. Bd. 24. No. 20. 1904.*

S. findet es nicht unwahrscheinlich, dass der vorderste Blindsack bei Spinax niger als homolog mit dem Jacobson'schen Organ zu betrachten ist.

J. KATZENSTEIN.

15) **L. Rugani. Der feinere Bau der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Intern. Centralbl. f. Ohrenheilkde. Bd. 2. H. 10. S. 413.*

Sammelreferat.

J. KATZENSTEIN.

16) **B. Washby** (Cambridge). **Abnorme Nasenknochen. (Abnormal nasal bones.)** *Journ. of Anat. u. Physiol. Vol. 38. New Serie. Vol. 18. Part I. p. 49. October 1903.*

Verf. beschreibt den Schädel eines ausgewachsenen Fötus, sowie einen ausgewachsenen Schädel, an denen die Nasenbeine fehlen, ferner einen ausgewachsenen männlichen Schädel mit rudimentären Nasenbeinen, sowie den Schädel eines ausgewachsenen Negers, bei dem die Articulation des Nasenbeins sehr abgeändert war, und zwar dadurch, dass die Nasenbeine eingeschmolzen waren (fused). Sämmtliche Schädel gehören der Sammlung des Cambridge University Museums an.

J. KATZENSTEIN.

17) **F. Massei. Bildungsfehler der Nase und der Nasenhöhlen. (Vizii di congenitura del naso e delle fosse nasali.)** *Arch. Ital. di Laryngologia. Januar 1905.*

Eine bibliographische Uebersicht über die Literatur des Themas.

FINDER.

18) **Falta. Eine wichtige Anomalie des Ductus naso-lacrymalis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1904.*

F. beobachtete einen Fall, bei dem der Thränennasencanal nicht wie normal zwischen Nasenboden und unterer Muschel endigte, sondern in dem Raume, der durch die Nasenscheidewand und die mediale Wand der unteren Nasenmuschel gebildet wurde.

SCHECH.

19) **Georg Cohn** (Königsberg). **Ueber angeborene Choanalatresie.** *Mit 2 Abb. u. 1 Tabelle. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1904.*

Bericht über einen Fall congenitaler, completer, knöcherner, linksseitiger Choanalatresie und eingehende Besprechung der Aetiologie, Pathologie, pathologischen Anatomie, Therapie und Statistik der einseitigen und doppelseitigen Choanalatresien.

HECHT.

20) **Sessous** (Berlin). **Angeborener knöcherner Choanalverschluss.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration eines Falles in der Berliner otologischen Gesellschaft.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **G Retzius. Ueber den Verschluss der Nasenlöcher bei menschlichen Embryonen.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. z. 25. Bd. Verh. d. anat. Gesellsch. Jena 1904. S. 43.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

22) **F. H. Quix. Olfactometrische Untersuchungsmethoden.** *Intern. Centralbl. f. Ohrenheilkde. Bd. III. 2. S. 57.*

Sammelreferat. J. KATZENSTEIN.

23) **H. Beyer. Beitrag zur Frage der Parosmie.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinne. XXXV. 1. S. 50.*

An zwei Fällen von Parosmie nach Influenza wurde festgestellt, dass das oft bezweifelte Vorkommen von echter Parosmie, d. h. Geruchstäuschungen, welche in einer Alteration des Riechorgans selbst begründet sind, eine Realität darstellt.

J. KATZENSTEIN.

24) **Beyer** (Berlin). **Ueber Parosmie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23 Vereinsbeilage. 1904.*

Nach Influenza trat im ersten Falle subjectiver Geruch von frischem Heu, später ein fauliger und brenzlicher Geruch auf; in einem zweiten Falle ein intensiver Kaffeegeruch, dessen Stärke mit dem Feuchtigkeitsgehalt der Luft stieg. Auf die Einwendung von Levy (Berlin), ob nicht Hysterie vorliege, entgegnet Vortragender, dass diese Diagnose auch erwogen sei. ALBANUS (ZARNIKO).

25) **C. Ziem. Zur Lehre von der Anosmie, Parosmie und Parageusie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1904.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

26) **W. Nagel. Einige Bemerkungen über nasales Schmecken.** *Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorg. Bd. 35. H. 3 u. 4. S. 268.*

Stellt fest, dass durch die Beyer'schen Versuche über nasales Schmecken die Auffassung bestätigt wird, die sich N. über die Schmeckbarkeit von Gasen und Dämpfen gebildet hat. Nimmt auch Stellung gegen Zwaardemaker's Hypothese vom nasalen Schmecken oder gustativen Riechen; wenn man ständig einen Vocal ausspricht und so Choanalverschluss herstellt, so hat man in der Nase bei Chloroformeintritt und Kältegefühl keinen süssen Geschmack. J. KATZENSTEIN.

27) **Beyer** (Berlin). **Zur Frage des nasalen Schmeckens.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 34. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag. leitete Chloroformdämpfe zu beiden Nasenhöhlen von einer Person mit einseitigem Choanalverschluss. Er verstopfte auch beim selben Experiment normalen Personen eine Choane: es wurde stets nur gustativ auf der für den Athemstrom durchgängigen Seite empfunden. Das „nasale Schmecken" soll nach Zwaardemaker in der Regio olfactoria in den von Disse beschriebenen Epithelknospen vor sich gehen. „Da nun Disse Nervenzweige in seinen Epithelknospen nicht gefunden und Zarniko nachgewiesen", dass „jene nur intraepitheliale Drüsen", so schliesst Vortragender hieraus und aus seinen Versuchen „gegen die

Annahme einer gustativen neben einer olfactiven Empfindung in der Regio olfactoria".

ALBANUS (ZARNIKO).

28) **H. Beyer. Nasales Schmecken.** *Zeitschr. f. Psych. u. Physiol d. Sinnesorg. Bd. 35. H. 3 u. 4. S. 260.*

An einem Mädchen mit doppelseitigem Choanalverschluss ergab Prüfung mit dem Kautschukolfactometer Anosmie. Chloroform erzeugte in der Nase ein Gefühl von Brennen und Kälte, an der Uvula und am Rachen erst das Gefühl von Kälte, dann süssen Geschmack. Bei normalen Personen wurde nach Tamponade des Nasenrachenraums dasselbe Resultat erzielt. Verf. erhebt auf Grund dieses Versuches Widerspruch gegen Zwaardemaker's Ansicht, nach der die gustatorische Empfindung in die Disse'sche Epithelknospen verlegt wird. Es giebt demnach nach B. keine gustative neben der olfactiven Empfindung in der Regio olfactoria. Eine Erklärung des Fick'schen Versuches ist durch die Feststellungen von Beyer nicht gegeben.

J. KATZENSTEIN.

29) **M. Bukofzer. Beitrag zur nasogenen Reflexneurose des Trigeminus und über einen Ersatz des diagnostischen Cocainexperiments.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 500.*

Schmerzen der rechten Gesichtshälfte, in Anfällen zur Unerträglichkeit sich steigernd; Schmerzempfindungen im Ohr, herabgesetztes Gehörvermögen, das in Schmerzanfällen eine Verschlechterung erfährt; dabei Kieferklemme, der Mund kann nur wenige Millimeter geöffnet werden. Da am Foramen supraorbitale und in der Fossa canina typische Druckpunkte nachweisbar sind, stellt Verf. die Diagnose auf Trigeminusneuralgie, indem er die Kieferklemme als Krampf im dritten Ast auffasst. Als Ausgangspunkt der Trigeminusreizung betrachtet er eine Spina septi, welche tief unten in der rechten Nasenseite sass, mit ihrer Spitze die untere Muschel nicht berührend, sondern frei in den unteren Nasengang hineinragend. Berührung der Spina mit der Sonde steigerte die Schmerzempfindungen nicht, Betupfen mit Adrenalin (1 : 4000), das Verf. zum Ersatz des Cocainexperiments empfiehlt, führte sofortigen Nachlass des Masseterkrampfs herbei. Nach Entfernung der Spina war der Gesichtsschmerz verschwunden, das Gehör gut, der Mund wird $1^1/_2$—2 fingerbreit geöffnet. Nachdem noch ein kleiner Mandelpfropf entfernt, schwindet auch die letzte Krankheitsempfindung im Halse und der Mund wird ad maximum geöffnet.

F. KLEMPERER.

30) **L. Freund. Ueber das Niesen. Ein kleiner Beitrag zur Photophysiologie.** *Centralbl. f. d. physik. Therapie u. Unfallheilkde. H. 1. 1904.*

Beim Schauen gegen die Sonne, beim Heraustreten aus dem Schatten in die Sonne werden viele Personen von heftigem Niesen befallen. F. untersuchte, welche Bestandtheile des Sonnenlichtes den Niesreflex erzeugen. Rothes und grünes Glas hemmte, vor die Augen gehalten, die Auslösung zum Niesreflex vollständig, während blaues und violettes Glas diese Wirkung nicht zeigten: d. h. die erregende Wirkung des Lichtes bei Anregung und Auslösung des Niesreflexes ist vorzüglich den kurzwelligen Lichtstrahlen (blauviolett) zuzuschreiben. Damit ist zugleich

ein einwandsfreies Experiment für die umstrittene Frage geliefert, dass das Licht auf Nervenendigungen, und zwar hier reflexauslösend wirkt. J. KATZENSTEIN.

31) **W. Weichardt. Zur Kenntniss des Heufieber- und Eklampsieserums.** *Berl. klin.-ther. Wochenschr. No. 1. 15. December 1903. No. 19 u. 20. 1904.*

I. Die Entdeckung des Heufieberantitoxins ist veranlasst durch Analogieschlüsse, die sich ergeben aus dem Parallelismus, der zwischen Eklampsie und Heufieber besteht. Aus zelligen Elementen der Placenta werden durch complementhaltiges actives Serum Toxine frei, die, wie das Thierexperiment ergiebt, schwere Intoxicationserscheinungen hervorzurufen im Stande sind. W. nahm deswegen an, dass auch aus den Pollen, obschon sie wie die Syncytialzellen der Placenta an und für sich nicht toxisch sind, durch complementhaltiges actives Serum auch Toxine frei werden könnten. Diese Anschauung wurde durch folgenden Versuch bestätigt: Bringt man in das eine Auge des für Heufieber Empfänglichen mit physiologischer Kochsalzlösung verriebene Gramineenpollen, in den Conjunctivalsack des anderen Auges Pollen, verrieben mit dem eben entnommenen Serum eines zu wiederholten Malen mit Gramineenpollen injicirten Kaninchens, so pflegt Röthung und Schwellung der Conjunctiva beider Augen einzutreten, ja die Entzündungserscheinungen der mit Antitoxin getränkten Pollen behandelten Auges sind zumeist noch stärker. Bei frisch entnommenem antitoxischen Kaninchenserum kommt demnach die antitoxische Wirkung nicht zur Geltung. Sie kommt aber zur Geltung, wenn das Serum durch Erhitzen auf 56⁰ oder längeres Stehenlassen seiner Complemente beraubt ist.

II. Offener Brief an Dunbar, in dem Weichardt durch Zeugen vor einem Notar die eidesstattliche Versicherung abgeben lässt, dass Weichardt „Herrn Professor Dunbar den Vorschlag machte, Pollensubstanz Kaninchen, Ziegen und anderen Thieren einzuspritzen und so zu versuchen, ein Heufieberserum zu gewinnen“. J. KATZENSTEIN.

32) **Notiz des Herausgebers. Heufieber. (Hay fever.)** *Medical Standard. August 1904.*

Man solle sich bemühen, den Circulus vitiosus, von dem die Krankheit abhängt, zu unterbrechen, indem jede Quelle der Irritation beseitigt wird. Das Dunbar'sche Serum zeigt, dass die Möglichkeit einer specifischen Behandlung bestehe; Cocain solle nur sehr mit Vorsicht gebraucht werden. EMIL MAYER.

33) **George B. Wood. Heufieber-Antitoxin. (Hay fever Antitoxin.)** *Therapeutic review. August 1904.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass ein abschliessendes Urtheil über den Werth des Dunbar'schen Serums zur Zeit noch nicht möglich ist.

EMIL MAYER.

34) **W. B. Dunbar. Beobachtungen über Ursache und Behandlung des Heufiebers. (Observations on the cause and treatment of hay fever.)** *St. Louis Medical Review. 17. September 1904.*

Verf. ist auf Grund seiner Untersuehungen zu dem Ergebniss gelangt, dass

es, ätiologisch betrachtet, zwei Arten von Heufieher giebt: die Sommervarietät, die auf Reizung durch Graspollen beruht und die Herbstvarietät, die durch Goldruthe und Ambrosia verursacht wird. Für die letztere Form käme ein Serum in Betracht, das aus Pflanzen bereitet würde, die ätiologisch bei ihr eine Rolle spielen.

EMIL MAYER.

35) **W. W. Bullette. Klinische Erfahrungen mit Prof. Dr. Dunbar's Pollantin bei der Behandlung von Heufieber. (Clinical experiences with Prof. Dr. Dunbar's Pollantin in the treatment of hay-fever.)** *Colorado Medicine. Februar 1905.*

Bei dem Verf. selbst und noch drei anderen Personen traten nach Anwendung des Pulvers schwere Symptome eines Anfalls auf; er folgert daraus, dass in Fällen von Heufieber in der dortigen Gegend — der Nachbarschaft der Rocky Mountains — Pollantin positiv schadet.

EMIL MAYER.

36) **Trétrop. Ueber die Behandlung der Ozaena durch Wiederherstellung der Muscheln vermittelst Paraffins. (Du traitement de l'ozène par la réfection des cornets à la paraffine.)** *Annal. et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Mai 1904.*

T. hat 15 Fälle mit Wiederherstellung der Muscheln durch Paraffin behandelt. Er sieht in der Methode neben anderen Vorzügen ein gutes Mittel zur Behandlung der Ozaena, von der man um so mehr viel erwarten könne, als man sie nicht exclusiv anwendet, sondern combinirt mit den anderen üblichen Methoden, sei es in vorbereitender Weise, sei es als Nachbehandlung.

BAYER.

37) **Jaumenne. Beitrag zur Pathogenie der Ozaena. (Contribution à la pathogénie de l'ozène.)** *Journal méd. de Bruxelles. 1904.*

J. hat im bakteriologischen Institut von Brüssel die äusserst bunte und reiche Flora der Ozaena einer eingehenden bakteriologischen Untersuchung unterworfen und die dabei vorkommenden Bakterienformen genauer festgestellt. Er kommt zu dem Schluss, dass die Ozaena das letzte Stadium einer chronischen, nicht specifischen interstitiellen Rhinitis bilde, charakterisirt durch die Formation fötider Krusten, hervorgerufen durch die reichliche Wucherung verschiedener Mikroorganismen auf einer ihrer immunisirenden Functionen beraubten Schleimhaut.

BAYER.

38) **De Stella. Die endonasalen Paraffininjectionen zur Behandlung der Ozaena. (Les injections endo-nasales de paraffine dans le traitement de l'ozène.)** *La Belgique Méd. No. 11. 1904.*

Der Autor hat Versuche mit endonasalen Paraffininjectionen an 50 Fällen angestellt, worunter 40 Ozaena- und 20 Fälle einfacher atrophischer Rhinitis ohne Ozaena sich befanden. Er kommt dabei zu dem Ergebniss, dass bei ozaenatösen atrophischen Rhinitiden die interstiellen Paraffininjectionen das wirksamste bis zum heutigen Tage aufgefundene Heilmittel darstellen; dass dieses Mittel im Entstehen begriffene Fälle heile und bei schweren inveterirten Fällen, ohne eine vollständige

Heilung herbeizuführen, eine bedeutende Besserung verschaffe, hinreichend, um den Ozaenakranken zu gestatten, die Krankheit ihrer Umgebung zu verbergen.

Bei den einfachen atrophischen Rhinitiden kann die Heilung vermittelst dieser Paraffininjectionen sich vollständig gestalten. Die Zukunft werde lehren, ob diese Resultate sich bewähren.

BAYER.

39) **Tarnowski** (Bernburg-Anhalt). **Ozaena, heilbar durch Behring'sches Serum antidiphthericum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1904.*

Kurzer Bericht über drei Fälle. 1. Fall: Nach einmaliger Serumeinspritzung Aufhören von Krustenbildung, üblen Geruch, Wiederkehr von Geruchsempfindungen. 2. Fall: Derselbe Erfolg nach zwei Einspritzungen. Im 3. Fall trotz mehrmaliger Einspritzung nur Besserung.

ALBANUS (ZARNIKO).

40) **W. C. Phillips. Untere Muschel; ihre Functionen, Krankheiten und Behandlung. (Inferior turbinates bone; its function, diseases and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Aus den Sätzen, in denen Verf. seine Ausführungen zusammenfasst, sei hervorgehoben, dass er die Galvanokaustik als ein Mittel von zweifelhaftem Erfolg verwirft und einen Schleimhaut und Knochen glatt durchtrennenden schneidenden Eingriff für bei weitem die beste Operationsmethode erklärt. Die beste Nachbehandlung der resultirenden Wunde bestehe darin, dass sie mit einer in 12proc. Lösung von Aluminium aceto-tartaricum mit etwas Adrenalinzusatz getränkten Gaze bedeckt wird.

LEFFERTS.

41) **George B. Mertuliffe. Die Resultate der partiellen Amputation der unteren Muschel. (The results of partial inferior turbinectomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Die Abtragung des unteren Randes der Muschel mit der gewöhnlich überhängender hyperplastischen Schleimhaut hat Verf. in der Mehrzahl der Fälle von chronischen hyperplastischer Rhinitis die besten Resultate geliefert. Verf. bedient sich zur Operation der Säge, deren Spitze nach aussen gegen die Tuba Eustachii zu gerichtet sein muss. Für die Nachbehandlung wird Adrenalin und im Fall von Borkenbildung Jod-Glycerinlösung empfohlen.

EMIL MAYER.

42) **Gaëtano Geronzi. Ueber die Technik der Galvanocauterisationen bei Rhinitis hypertrophica. (Sulla tecnica delle cauterizzazioni galvaniche nella rinite ipertrofica.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Juli 1904.*

Verf. macht seit einiger Zeit die Galvanokaustik der unteren Muschel so, dass er mit dem Spitzbrenner eine auf die Längsaxe der Muschel senkrechte Furche dicht hinter ihrem vorderen Ende zieht. Verf. begründet das damit, dass das Blut in der unteren Muschel in der Richtung von vorn nach hinten fliesst und dass, wenn man das excessiv entwickelte Venennetz dort unterbrechen will, die narbige Barrière besser eine transversale als eine longitudinale ist.

FINDER.

43) **J. L. Goodale. Die Endresultate der Cauterisation der unteren Muschel mit therapeutischen Rathschlägen, die auf den histologischen Befunden beruhen. (The ultimate results of cauterisation of the lower turbinate with therapeutic suggestions based upon histological findings.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 29. December 1904.*

Wenn bezweckt wird, eine schlaffe erweiterte Membran zur Contraction zu bringen, so muss man versuchen, die Submucosa und die tieferen Lagen, wo die Lymph- und Blutgefässe hauptsächlich liegen, zu erreichen und gleichzeitig an der Schleimhaut selbst einen möglichst geringen Grad von Störung hervorzubringen. Dieses Resultat erreicht man am besten durch tiefe lineare Application in möglichst nahe aneinander liegenden Furchen von Chromsäure, Galvanokaustik oder durch submucöse Cauterisation, die das wirksamste Mittel darstellt. Andererseits, wenn wir beabsichtigen, den Grad der Nasensecretion herabzusetzen, wie bei gewissen Formen von excessiver postnasaler Absonderung, erreichen wir dies, indem wir eine Anzahl von Canaliculi der Basalmembran durch oberflächliche, breite Anwendung der Cauterisation innerhalb einer umschriebenen Partie des Septums und der hinteren Enden der unteren Muscheln zerstören.

Recidivirt die Hypertrophie nach der Cauterisation, so dass jetzt eine resistentere Schleimhaut mit verhältnissmässig mehr Bindegewebe vorhanden ist als vorher und dass eine neue Cauterisation wenig Aussicht bietet, die Gewebe zur Reduction zu bringen, so sehe man dann von einer Wiederholung der Cauterisation ab und excidire das überschüssige Gewebe.

EMIL MAYER.

44) **Ernst Urbantschitsch. Muschelförmige Wülste unterhalb der unteren Nasenmuscheln.** *Mit 4 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. No. 10. 1904.*

Autor berichtet über einen Fall, bei dem ausser einer Gabelung der unteren Muschel „in ihrer pharyngealen Hälfte in einen aufsteigenden und absteigenden Ast“ sich „beiderseits ein muschelförmiger Wulst unterhalb des vorderen Antheils der unteren Muschel fand, der mit letzterer in keinerlei Zusammenhang stand und sich als selbständiges Gebilde präsentirte“.

Die gleiche Anomalie konnte Urbantschitsch auch bei der Mutter des Patienten nachweisen. Autor fasst diese Anomalie als „eine partielle Hemmungsbildung“ in der Entwickelung der Nasenhöhle auf und sucht dies durch entwickelungsgeschichtliche, durch Abbildungen illustrirte Erörterungen zu beweisen.

HECHT.

45) **W. Bower. Zufällige Vaccination der Nasenhöhle. (Accidental vaccina of the nasal cavity.)** *Lancet. 2. Juli 1904.*

Eine 28jährige Frau fühlte Schmerzen in der Nase, nachdem 11 Tage vorher ihr Kind geimpft worden war. Es trat eine Schwellung am rechten Nasenloch auf, die sich über das Gesicht bis hinter das Ohr hin ausbreitete. Im rechten Nasenloch fand sich ein kleines Ulcus.

ADOLPH BRONNER.

46) **Lublinski** (Berlin). **Accidentelle Vaccination der Nasenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1904.*

Autor bespricht die Literatur über „unbeabsichtigte Impfung eines anderen

Menschen“, insbesondere die accidentelle Vaccination der Schleimhaut und berichtet über einen Fall, in welchem sich eine Mutter an ihrem frisch geimpften Kinde in der Weise inficirte, dass sie mit ihrem Taschentuch die reichlich absondernden Impfpusteln abtrocknete und später ihre Nase mit demselben Tuche abwischte: die Mutter litt zu dieser Zeit gerade an häufigem Nasenbluten. Am Locus Kieselbachii fanden sich bei der Mutter zwei übereinanderliegende, etwa linsengrosse, wohlausgebildete Pusteln; Nase und Oberlippe waren stark geschwollen. Der Process heilte in 14 Tagen unter Hinterlassung einer kleinen Narbe an dem Sitz der Pusteln vollkommen ab. Die Mutter war nicht revaccinirt worden.

HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

47) **Greil. Ueber die sechsten Schlundtaschen der Amphibien und deren Beziehungen zu den suprapericardialen (postbranchialen) Körpern.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. z. 25. Bd. Verh. d. Anat. Ges. Jena 1904. S. 136.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

48) **J. Kollmann. Der Canalis cranio-pharyngeus.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. z. 25. Bd. Verh. der Anat. Ges. Jena 1904. S. 83.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

49) **F. Kiesow. Zur Frage der Schmeckflächen des hinteren kindlichen Mundraumes. Die Uvula.** *Zeitschr. f. Phychol. u. Pcysiol. d. Sinnesorg. XXXVI. 1/2. S. 90.*

Die Uvula der Kinder nimmt ebenso wie die der Erwachsenen am Geschmack nicht theil.

J. KATZENSTEIN.

50) **M. L. Rhein. Oralinfection und Sterilisation. (Oral infection and sterilization.)** *Journal of the American Medical Association. 3. September 1904.*

Verf. plädirt für eine bessere Unterweisung der Aerzte in den allgemeinen Principien der Zahnheilkunde, die er an dieser Stelle auseinandersetzt, um zu zeigen, dass kranke Zähne häufig die Quelle für Infectionen abgeben.

EMIL MAYER.

51) **Deutsch** (Budapest). **Die Riga'sche Krankheit.** *Arch. f. Kinderheilkunde. 40. Bd. 1.—3. H. 1904.*

Auf Grund seiner an einem 3monatlichen Säugling gemachten Beobachtung, des ersten in Ungarn literarsich verwendeten derartigen Falles, spricht sich Deutsch dahin aus, dass die Riga'sche Krankheit, produzione sottolinguale, ein auf mechanischer Basis entstehendes benignes Neoplasma ist, zu dessen Heilung die Entfernung der hervorbringenden Momente (Zahnextraction) am vortheilhaftesten ist.

SEIFERT.

52) **C. M. Flanis. Ein Fall von Angina Ludovici. (A case of Ludwig's Angina.)** *N. Y. Medical News. 3. September 1904.*

Bemerkenswerth an dem Fall ist die Mitbetheiligung des Ohres und das erfolgreiche Resultat der conservativen Behandlung.

LEFFERTS.



53) **Rackwitz** (Regenwalde). **Vier Fälle von Angina Ludovici.** *Dissertation. Kiel 1904.*

Bei allen 4 Fällen haben sich die charakteristischen Merkmale, bestehend in leichter Angina, allmälig zunehmender mässiger Geschwulst und heftigen Schmerzen unter Fiebererscheinungen eingestellt. Trotz Operation Exitus. SEIFERT.

54) **H. S. Birkett. Primärer Lupus vulgaris des Oropharynx und Nasopharynx mit X-Strahlen behandelt. (Primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx tracted by X-Rays.)** *N. Y. Medical Record. 24. December 1904.*

Verf. beschreibt einen mit günstigem Erfolg mittels X-Strahlen behandelten Fall von Lupus des Mundrachens. Pat. war ein 15jähriger Knabe, der sonst keine Zeichen von Erkrankung darbot, in dessen Familie aber Tuberkulose vorgekommen war. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung exstirpirter Stückchen, ferner durch Nachweis von Tuberkelbazillen im Schnitt, sowie durch den positiven Ausfall von Impfungen bestätigt. Eine Tuberkulininjektion hatte lokale und allgemeine Reaktion im Gefolge. Excision mit nachfolgender Curettage und Anwendung von Galvanokaustik und Milchsäure hatten keinen rechten Erfolg. Nach einem Intervall von einigen Monaten wurde die X-Strahlenbehandlung begonnen und nachdem sie drei Monate lang ununterbrochen fortgesetzt war, verschwanden die lokalen Erscheinungen völlig und der Pat. konnte als geheilt betrachtet werden; nach sechs Monaten trat ein leichtes Recidiv auf und an dem einen Nasenflügel erschien ein kleines Ulcus. Beide bessern sich unter Behandlung mit X-Strahlen und Verf. hofft, dass diese Methode zu besseren Resultaten führen wird, als die früher angewandte Therapie. LEFFERTS.

55) **Rosenak** und **Feldmann** (Budapest). **Makroglossia, lingua lobata cum cystulis mucosis multilocularibus.** *Centralbl. f. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anatomie. 2. 1905.*

Bei einem 5 Monaten alten Mädchen, das von Geburt an nicht saugen konnte, so dass ihm die Milch mit Löffeln verabreicht werden musste, fand sich eine merkwürdige Abnormität der Zunge. Es fanden sich an dieser eigentlich 4 Spalten, 2 seitliche und 2 vordere; demnach handelte es sich um eine fünflappige Zunge. Von den 4 Spalten lassen sich 3 auf Druck seitens einiger Geschwülste zurückführen, während 1 durch Zug seitens des kurzen Zungenbändchens zu erklären ist. Die betreffenden Geschwülste waren nichts anderes, als durch Sekretanhäufung entstandene kleine vielfächerige Schleimcysten.

SEIFERT.

56) **Richard H. Johnston. Maligne Geschwülste an der Zungenbasis. (Malignant growths at the base of the tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1904.*

Verf. berichtet erstens über einen Fall von Sarkom der Zungentonsille, der einen Mann in vorgeschrittenem Lebensalter betraf. Der Tumor war hart und unbeweglich; es war keine Ulceration vorhanden. Die Geschwulst wurde mit der kalten Schlinge entfernt und erwies sich grösser, als ein Taubenei. Im zweiten Fall handelte es sich um ein Epitheliom bei einem 57jährigen Mann. Da der Pat.

sehr kachektisch war und die Drüsen in ausgedehntem Maasse betheiligt waren, so wurde von einer Operation Abstand genommen. Im Anschluss an diesen Fall, der ursprünglich für Lues gehalten und mit Jodkali lange Zeit behandelt worden war, plädirt Verf. für die Vornahme einer mikroskopischen Stückchendiagnose in allen zweifelhaften Fällen. Was die Zungensarkome anbetrifft, so hat Verf. nur 25 in der Literatur aufgefunden, unter denen auch noch einige zweifelhafte waren. Bei 5 davon wird als Sitz der Affection die Zungenbasis angegeben. In allen Fällen handelte es sich um Rundzellen- oder Lymphosarkome. Die Prognose ist bei rechtzeitiger Operation nicht so ungünstig. Unter den 5 in der Literatur erwähnten Fällen, zu denen noch ein von Prota berichtetes Fibrosarkom hinzukommt, waren 4 Heilungen.

EMIL MAYER.

57) C. B. Lockwood (London). **Secundärinfection der Lymphdrüsen bei malignen Erkrankungen der Zunge. (Secondary infection of the lymphatic glands in malignant disease of the tongue.)** *The Clinical Journal London. Juli 1904.*

Ausführliche Arbeit mit genauer Besprechung der Chirurgie der Halslymphdrüsen.

JAMES DONELAN.

58) C. Keyser. **Zungenepitheliom bei Weibern. (Epithelioma of the tongue in women.)** *Lancet. 17. September 1904.*

Bericht über 10 Fälle von Zungenepitheliom bei Frauen aus dem St. George's-Hospital. Durchschnittlich war das Alter der Patientinnen 54,7 Jahr. In den meisten Fällen bestand Irritation durch cariöse Zähne oder durch Syphilis der Zunge. Es finden sich 15 pCt. von Epitheliom der Zunge bei Frauen.

ADOLPH BRONNER.

59) Wm. Seaman Bainbridge. **Ein Fall von ausgebreitetem Carcinom von Zunge und Hals. (A case von extensive carcinoma of tongue and neck.)** *American Medicine. 25. März 1905.*

Zwei Operationen wurden vorgenommen; in der ersten wurden alle befallenen Drüsen entfernt, bei der zweiten die Zunge amputirt. Ungestörte Heilung und kein Recidiv seit einem Jahr.

EMIL MAYER.

60) Christoph Müller (Immenstadt). **Ein Beitrag zur Entstehung der Decubitusgeschwüre im Pharynx.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1904.*

In Folge eines Sturzes trat bei einem Pat. durch Zerreissung der hinteren Partien eines Gefässkropfes ein ausgebreitetes Hämatom des Halses ein. Der Druck dieses Hämatoms drängte den Ringknorpel derart an den Pharynx an, dass an den gegenüberliegenden Stellen der vorderen und hinteren Pharynxwand Ulcerationen (Decubitalgeschwüre) entstanden. Ein Durchbruch des Geschwürs in das Hämatom führte kurz vor dem Tode zu einem Hautemphysem.

HECHT.

61) J. R. French. **Bericht über einen Fall von acuter septischer Entzündung von Rachen und Hals, in dem die Schwellungen durch den Gebrauch von salzsaurem Adrenalin beseitigt wurden. (Report of a case of acute septic inflammation of the throat and neck in which the swellings were dispersed by the use of adrenalin chloride.)** *Brooklyn Medical Journal. Februar 1905.*

Bei dem Pat., einem Arbeiter, trat ein Oedem der Uvula auf. Es wurde eine

Incision gemacht und eine Adrenalinlösung (1 : 5000) applicirt, worauf das Oedem zurückging. Am folgenden Tage entwickelte sich ein akutes Kehlkopfödem; Epiglottis, Aryknorpel und ary-epiglottische Falten waren Sitz einer grossen ödematösen Schwellung, die sich rapide nach dem Kehlkopflumen zu ausbreitete. Die Behandlung bestand wieder in Application von Adrenalinlösung und wieder verschwand die Schwellung prompt, ohne wiederzukehren. EMIL MAYER.

62) **Sir Felix Semon. Acute septische Entzündungen von Rachen und Hals. (Acute septic inflammations of the throat and neck.)** *Brooklyn Medical Journal. Januar 1905.*

In Bezug auf diese Fälle herrscht in der medicinischen Terminologie grosse Verwirrung, die noch auf alte Zeiten zurückgeht. Die akuten septischen Entzündungen von Rachen und Hals müssen streng getrennt werden von denen bei passivem Oedem, wie bei Bright'scher Krankheit. Alle diese acuten septischen Infectionen beruhen auf verschiedenen pathogenen Mikroorganismen.

Die pathogenen Mikroorganismen lassen sich in 2 Gruppen theilen: solche, die eine specifische Wirkung haben, wie die Tuberkel-, Diphtherie-, Pestbacillen und solche, die bloss einen entzündlichen Effect haben. Entzündungserregende pathogene Bacterien sind der Streptococcus pyogenes, Staphylococcus albus und aureus, flavus und citreus, das Bacterium coli, Pneumococcus etc. Alle diese können verschiedene Formen von Entzündung hervorrufen, seröse oder eitrige, fibrinöse oder gangränöse, abhängig von der Menge und Virulenz der eingedrungenen Mikroorganismen und der Resistenz der Gewebe, in denen sie sich zuerst ansiedeln, während die Frage, wo die erste Localisation erfolgt, eine bloss accidentelle ist. In der Regel kommt die Erkrankung plötzlich ohne vorausgehende Anzeichen zum Ausbruch. Auch wenn der Zustand sehr bedrohlich aussieht, kann Wiederherstellung erfolgen, doch sind diese Affectionen nur zu oft ernsterer Natur. Oft wird die Tracheotomie notwendig.

In den meisten Fällen erfolgt am 3. oder 4. Tage Tod unter Symptomen von zunehmendem Coma, oder Herzschwäche, oder Zeichen von Befallensein des Centralnervensystems. Was die Behandlung betrifft, so kann man einige Hoffnung an den Gebrauch eines Antistreptokokkenserums knüpfen. Man versuche möglichst, zuerst die bakteriologische Diagnose zu sichern, ist dies nicht möglich, so injicire man das Antistreptokokkenserum auf gut Glück angesichts der Schwere und des schnellen Verlaufs dieser Entzündungen. EMIL MAYER.

63) **Luigi Tommazzoli. Pharyngo-laryngeale Phlegmone infolge Trauma. (Flemmone faringeo-laringee per trauma.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1904.*

Der Pat., ein 51jähriger Mann, war überfallen und am Halse gewürgt worden; beim Nachhausekommen bemerkte er eine kleine Wunde an der rechten Halsseite. Am folgenden Morgen war er aphonisch und konnte weder feste, noch flüssige Speisen schlucken. Bei der Untersuchung fand man auf der rechten Halsseite eine Risswunde, links etwas hinter dem Schildknorpel eine elastische Anschwellung, die sich nach oben bis zum Zungenbein erstreckte. Im Pharynx fand sich eine ödematöse Schwellung besonders des linken hinteren Gaumenbogens,

des linken Lig. ary-epiglotticum, der ganzen linken seitlichen Pharynxwand und des Lig. glosso-epiglotticum. Auch die Zungenbasis war geschwollen und durch die Anschwellung nach der Seite gedrängt. Bei allmäligem Zurückgehen des Processes sah man, dass die Ausgangsstelle am linken Lig. pharyngo-epiglotticum sass. Nach Kurzem öffnete sich an dieser Stelle ein Abscess, womit der Process sein Ende erreicht hatte.

FINDER.

64) **P. Watson Williams** (Bristol). **Ueber den Hals als Eingangspforte der Allgemeininfection beim acuten Rheumatismus. (On the throat as the source of systemic infection in acute Rheumatisme.)** *Bristol Med. Chir. Journal. September 1904.*

Verf. nimmt an, dass wenigstens in einer grossen Anzahl von Fällen der Rachen die Eingangspforte für die rheumatische Infection bildet. Er bezieht sich auf die Untersuchungen von Friedländer, Triboulet, Wassermann, sowie auf die von Poynton und Taine (Lancet. 1900. S. 861). Beaton und Walker (Brit. med. Journ. 1903. S. 237). Nach Poynton ist es sicher, „dass erkrankte Tonsillen einen Kanal für die Infection abgeben". Verf. führt aus, dass gleichzeitiges Vorkommen von acuter Tonsillitis und Rheumatismus wohl bekannt ist und dass Trousseau 1865 eine rheumatische Angina beschrieb. Er citirt klinische und experimentelle Beispiele dafür, dass beide Affectionen nicht nur häufig zusammen vorkommen, sondern auch von einander abhängig sind. Er ist der Ueberzeugung, dass statistische Angaben über die Häufigkeit des Zusammentreffens beider Krankheiten keine verwerthbaren Daten geben, da er seiner klinischen Beobachtung nach annehmen muss, dass, wenn Tonsillitis bei ausgesprochener Hypertrophie der Mandeln vorkommt, weniger Neigung zur Entwicklung einer rheumatischen Infection besteht, als wenn die Hypertrophie nur geringfügig ist oder ganz fehlt, d. h. dass ausgesprochene locale entzündliche Reaction ein Schutzmittel darstellt, während bei den geringfügigeren Formen von Tonsillitis die resultirende lymphatische Hypertrophie kein solches bildet. Er zieht eine Parallele zwischen der rheumatischen Infection und der primären Halserkrankung mit darauffolgender Allgemeinerkrankung beim Scharlach. Folgendes sind die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt: 1. Der acute Rheumatismus ist eine Infectionskrankheit sui generis. 2. Es giebt eine wahre rheumatische Pharyngitis und Tonsillitis. 3. Diese rheumatische Pharyngitis oder Tonsillitis stellt die primäre Erkrankung dar. 4. Rheumatisches Fieber ist eine Secundärinfection, die entweder auf die Resorption von Stoffwechselproducten, oder auf das Wachstum von Mikroorganismen zurückzuführen ist; die Infection zeigt sich als Arthritis, Pericarditis, Pleuritis u. s. w., allein oder in Association. 5. Es giebt eine grosse Procentzahl von Fällen, in denen die Eingangspforte im Rachen zu suchen ist, am häufigsten in dem lymphatischen Schlundring. 6. Es besteht keine Proportion zwischen der Intensität der primären Localaffection und der Schwere der secundären Allgemeinerkrankung.

JAMES DONELAN.

d. Diphtherie und Croup.

65) **C. B. Kerr. Die neue Literatur über Diphtherie. (Recent literature on diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 19. December 1903.*

Verf. nimmt vielfach auf eine Arbeit von Marfan Bezug. Letzterer Autor meint, dass auch Fälle von wahrer Diphtherie, besonders solche mit secundärer Betheiligung des Kehlkopfs, den Eindruck der Tonsillitis machen können. Nach seiner Ansicht sind 80 pCt. der Fälle von Tonsillitis, die mit Laryngitis auftreten, diphtherischer Natur, während nur $1/2$ pCt. der Fälle von Angina ohne Laryngitis sich als Diphtherie herausstellen. Die Todesursachen sind von Barbier studirt worden; er betont die Bedeutung der Herzthromben und Tuberculose. Bei 69 Autopsien fand er in 37 pCt. oder 52 pCt. der Fälle Herzthromben, die intra vitam entstanden waren. In 19 Fällen wurden die Thromben bakteriologisch untersucht und es fand sich 18mal der Diphtheriebacillus in ihnen. Einen werthvollen Beitrag zur Therapie brachte Cairns, der rieth, in schweren Formen von Kehlkopf- und Nasendiphtherie intravenöse Injectionen von Antitoxin zu machen. Er empfiehlt die Anwendung sehr grosser Dosen, 20000—30000 J. E. Auch die Bronchopneumonien, von denen man jetzt nachgewiesen hat, dass sie durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus verursacht werden, können durch die intravenösen Antitoxininjectionen günstig beeinflusst werden.

LEFFERTS.

66) **A. Halbe. Einige Notizen über die Diphtheritis. (Quelques notes sur la diphtérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1904.*

Der Autor kommt mit seinen Beobachtungen zu folgenden 3 Conclusionen: 1. wenn die diphtheritische Invasion sehr intensiv ist und falsche Membranen zu gleicher Zeit in der Trachea auftreten, dann solle man sofort eine grosse Dosis von Serum injiciren. 2. wenn die Diphtheritis sich mit Streptokokken associirt, dann soll man ebenfalls energischer als gewöhnlich injiciren. 3. wenn der Allgemeinzustand schlecht ist und hohes Fieber einen schweren Fall verräth, dann gelte es, die Dosen zu forciren. — Schliesslich bricht er noch eine Lanze für die Präventivinjection von Serum in den von Diphtheritis heimgesuchten Familien.

BAYER.

67) **Schaps** (Dresden). **Welchen Werth hat der Diphtheriebacillonnachweis für die Diagnose der Diphtherie im Säuglingsalter?** *Arch. f. Kinderheilkunde. 40. Bd. 1.—3. H. 1904.*

In dem Säuglingsheim zu Dresden wurden bei 108 Kindern 296 Untersuchungen des Nasensekretes auf Diphtheriebacillen ausgeführt (vom Januar bis März 1904). In die erste Periode während des Januar fallen die meisten positiven Befunde, gegen das Ende des Monats werden die positiven Befunde immer spärlicher und im Monat Februar war mit Ausnahme eines Falles kein Diphtheriebacillenbefund zu erheben. Die dritte Periode im April ist dadurch charakterisirt, dass wieder Diphtheriebacillen gefunden wurden. Die kleinen Patienten haben trotz der Anwesenheit von Diphtheriebacillen — auch im Thierexperiment virulente Formen — niemals gefiebert, haben weder in der Nase noch sonstwo Mem-

branen gezeigt, hatten weder pharyngeale noch laryngeale Symptome und sind gut weiter gediehen. Der Diphtheriebacillus spielte in den Fällen nur die Rolle eines relativ unschädlichen Schmarotzers, der allerdings, wie es wohl auch einmal im Säuglingsheim der Fall war, gelegentlich eine Diphtherie verursachen kann.

SEIFERT.

68) **Hibbert W. Hill. Harmlose Fälle als Diphtherie angezeigt. (Innocent cases reported as diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 24. December 1904.*

Aus den Statistiken des Gesundheitsamts in Boston schliesst Verf., das 38 pCt der von den practischen Aerzten als Diphtherie diagnosticirten Fälle nicht Diphtherie sind. Das Bostoner Gesundheitsamt acceptirt die Diagnose Diphtherie daher nicht, bevor sie nicht durch einen positiven Culturausfall bestätigt wird.

LEFFERTS.

69) **Arthur Mayer** (Freiburg i./Br.). **Ueber postdiphtheritische Nephritis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Anschliessend an zwei Fälle einer spätdiphtheritischen und einer postdiphtheritischen Nephritis erörtert Autor die verschiedenen Theorien über die Ursache dieser Nierenentzündung und empfiehlt, „den Harn von Diphtheriekranken auch noch längere Zeit nach dem Verschwinden aller Krankheitssymptome mit einer geeigneten Methode auf Eiweiss zu untersuchen". HECHT.

70) **J. D. Rolleston** (London). **Klinische Beobachtungen über diphtherische Lähmung. (Clinical observations on diphtheric paralysis.)** *The Practitioner. London November 1904.*

Eine sehr werthvolle Arbeit, in der auch ein historischer Ueberblick gegeben ist. Der Inhalt ist zu reich, um im Rahmen eines Referats wiedergegeben werden zu können; die Fülle klinischer und statistischer Daten macht die Arbeit für jeden, der sich für den Gegenstand interessirt, höchst bemerkenswerth.

JAMES DONELAN

71) **Wm. J. Butler. Ein Fall von postdiphtherischer Lähmung. (A case of postdiphtheritic paralysis.)** *Illinois Medical Journal. December 1904.*

Es handelt sich um einen Fall von postdiphtheritischer Lähmung, die eine ungewöhnliche Ausdehnung hatte, die Recti externi der Augen, den weichen Gaumen, Pharynx, Kehlkopfadductoren, Zwerchfell und periphere Nerven betraf. Es bildete sich acute Herzdilatation, Lungenstase und Lungenödem, auch Stasis in der Leber. Die Behandlung bestand in Codein und Strychnin.

Nach dem letzten Bericht ist Patient im Stande, mit atactischem, paretischem Schritt zu gehen, die Patellarreflexe fehlen noch, Puls noch beschleunigt.

EMIL MAYER.

72) **M. Mc. Crovy. Diphtherische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *New Standard. März 1905.*

Verf. bespricht die einzelnen Formen der postdiphtheritischen Lähmung und ihre Behandlung. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) E. Goeppert. **Der Kehlkopf von Protopterus annectens (Owen).** *Denkschr. der med.-nat. Gesellsch. Jena 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

74) R. Wiedersheim. **Nachträgliche Bemerkungen zu meinem Aufsatz über den Kehlkopf der Ganoiden und Dipnoer.** *Anat. Anzeiger. Bd. 24. No. 23 u. 24. S. 651.*

Verf. tritt entgegen seiner früheren Auffassung der Ansicht Göppert's bei, dass sich im Bereich des Kehlkopfes der Dipnoer kein Knorpel befindet.

J. KATZENSTEIN.

75) W. Zilliacus. **Die Ausbreitung der verschiedenen Epithelarten im menschlichen Kehlkopfe und eine neue Methode, dieselben festzustellen.** *Anatom. Anzeiger. Bd. 26. No. 1. S. 25. 1905.*

Die Versuche wurden mit Pikrinsäure als Färbemittel für das Plattenepithel angestellt und daran anschliessend verschiedene Farblösungen, wie ammoniakalisches Karmin, Fuchsin, Pikrokarmin, Cochenillenalaun, Alaunkarmin, Hämatoxylin, Hämalaun der Reihe nach zur Färbung des Flimmerepithels gebraucht. Schon die ersten Versuche mit Pikrinsäure und Karmin liessen scharfe Grenzen zwischen gelb und roth gefärbten Schleimhautbezirken hervortreten. Hämalaun nach P. Mayer erzielte die deutlichsten und besten Grenzen, weshalb später ausschliesslich Pikrinsäure und Hämalaun zu den Färbungen in Anwendung gebracht wurde. Aus den verschieden gefärbten Schleimhautbezirken wurden, um die Ausbreitung verschiedener Epithelarten festzustellen, Proben entnommen, zerzupft und mikroskopisch untersucht. Ferner wurde, um den Sachverhalt zu controliren, ein 1 cm langes Stück der Grenze zwischen dem heller und dunkler gefärbten Gebiete an der medialen Fläche der Plica ary-epiglottica eines in der oben angegebenen Weise gefärbten Kehlkopfes mittelst des Embryographen bei 10facher Vergrösserung gezeichnet. Obschon grosse Variationen in der Vertheilung beider Epithelarten im oberen und mittleren Kehlkopfraum oberhalb der wahren Stimmbänder bestanden, ist unterhalb der letzteren das gegenseitige Verhalten zwischen Plätten- und Flimmerepithel ein ziemlich constantes. Der 2—3 Linien breite Randsaum von Plattenepithel nach Rheiner bietet keine regelmässige Begrenzung dar; einmal erstreckt er sich weit ins Innere des Kehlkopfes, selbst bis zum Taschenbande, in anderen Fällen nimmt er nur einen geringeren Theil des Grenzgebietes des Kehlkopfes gegen den Pharynx ein. Auf der Rückseite des Kehldeckels und an der medialen Fläche der Plica ary-epiglottica sind Inseln von Plattenepithel innerhalb des Cylinderepithelgebietes, oft auch umgekehrt Inseln von Cylinderepithel innerhalb des Plattenepithelgebietes vorhanden. In sämmtlichen Kehlköpfen sind, wie das Davis, P. Heymann, R. Heymann gefunden haben, Inseln von Plattenepithel vorhanden. Die Anwesenheit zahlreicher Plattenepithelinseln, welche keine pathologischen Veränderungen darboten, steht im Widerspruche zu der Ansicht Kanthack's und P. Heymann's, dass derartige

Inseln nicht zum normalen Bilde der Kehlkopfschleimhaut gehören. Das von Cryne, Davis, R. Heymann, P. Heymann angegebene Vorhandensein von Plattenepithel längs des freien Randes des Taschenbandes hat nur insofern constatirt werden können, als sich einzelne Plattenepithelinseln theils in demselben, theils auch ganz auf dem Bande selbst vorgefunden haben und ein Theil des letzteren somit von Plattenepithel überzogen gewesen ist.

J. KATZENSTEIN.

76) **Sokolowski. Laryngologische Mittheilungen. (Z posiedzen laryngologicznootrya tycznych.)** *Medycyna. 44. 1903.*

Verf. berichtete in der Sitzung der Laryngologischen Gesellschaft einige Fälle, welche besondere diagnostische Schwierigkeiten darboten. Bei einem alten Manne mit kachektischem Aussehen, welcher an Heiserkeit und Hämoptoë seit einiger Zeit litt, wurde in der Mitte des rechten wahren Stimmbandes eine Geschwulst von Bohnengrösse entdeckt. Andere Theile waren unverändert. In den Lungen keine nachweisbare Veränderungen vorhanden. Nach einem Monate entstanden deutliche tuberkulöse Erscheinungen in den Lungen und weitere Veränderungen im Larynx, welche ebenfalls als tuberkulös sich erwiesen.

Im zweiten sehr analogen Falle erwies sich die Geschwulst des wahren Stimmbandes bei einem 40jährigen Manne carcinomatös. In der Discussion berichtete Wróblewski über einen Fall, wo beide linken Stimmbänder infiltrirt waren. Es bestand linksseitige Perichondritis arytaenoidea, auf dem hinteren Ende des Stimmbandes waren papillomatöse Wucherungen vorhanden. Der Kranke war alt, bot keine nachweisbare Erscheinungen in den Lungen. Das ganze laryngoskopische Bild sprach sehr für Carcinom und doch entdeckte die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens tuberkulöse Veränderung.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **H. E. Symth. Primärer Kehlkopflupus. (Primary lupus of the larynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

47jähriger Farmer kam zum Verf. mit Beschwerden über Trockenheit im Halse. Anamnese negativ. Die sorgfältige Untersuchung von Lunge und Sputum sowie des ganzen Körpers ergab nichts Krankhaftes. Die Laryngoskopie zeigte eine ausgedehnte lupöse Erkrankung der Epiglottis von sehr charakteristischem Aussehen. Bisher ist keine pathologische Untersuchung gemacht worden.

EMIL MAYER.

78) **R. Forns** (Madrid). **Syphilitisches Condylom des Sinus piriformis. (Condiloma sifilitico del seno piriforme.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 96. 1903.*

Genanntes Condylom verursachte Anfälle von Asphyxie mit Cyanose und Verlust des Bewusstseins und befand sich im rechten Sinus piriformis. Entfernung des Tumors und Cauterisation der Sitzstelle führten das Aufhören der Anfälle herbei.

R. BOTEY.

79) **Henrici. Ueber die Aktinomykose des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 519. 1903.*

Zwei Fälle, in einem trat die Aktinomykose als Abscess, im anderen als brett-

harte schmerzlose Infiltration tumorartig auf. In letzterem zog ein derber Strang von der Geschwulst zum Unterkiefer, ein Moment von besonderer diagnostischer Wichtigkeit. Beide Fälle kamen durch Operation zur Heilung. F. KLEMPERER.

80) **John Edwin Rhodes. Kehlkopfblutung. (Hemorrhage of the larynx.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. October 1904.*

Verf. theilt die Kehlkopfblutungen in zwei Gruppen: solche, bei denen ein Blutverlust durch die Kehlkopfschleimhaut hindurch besteht und solche, wo es sich um ein Extravasat handelt. Er zählt die Ursachen der Blutungen auf und bespricht ihre Diagnose. EMIL MAYER.

81) **M. Simmonds. Ueber Alterssäbelscheidentrachea.** *Virch. Arch. Bd. 179. H. 1. S. 15.*

Während die Luftröhre jugendlicher Individuen fast durchweg eine cylindrische Gestalt aufweist, begegnet man bei älteren Individuen, besonders Männern, oft abnorm weiten oder abnorm engen Luftröhren. Die abnorm weite Trachea zeichnet sich durch das Fehlen stärkerer Verknöcherungsvorgänge an den Luftröhrenknorpeln aus. Dagegen tritt die abnorm enge Trachea bei alten Leuten, besonders alten Männern, mit stark verknöcherter Luftröhre auf, eine Deformität, die S. als Alterssäbelscheidentrachea bezeichnet. Um von der Formveränderung der Trachea eine Vorstellung zu bekommen, stellt S. vor dem Aufschneiden derselben einen Gipsabguss her. Aus dem Studium dieser Abgüsse erhellt, dass bei der Alterssäbelscheidentrachea im Gegensatz zu der Kropfsäbelscheidentrachea sich die Einengung nicht auf die Gegend der Schilddrüse beschränkt, sondern sich auf den ganzen Verlauf der Luftröhre bis zur Bifurkation erstreckt. Der Zusammenhang zwischen Ossifikation und Stenosenbildung der Trachea ist so zu deuten: die Verknöcherung — es handelt sich um echte Verknöcherung, nicht um Kalkablagerung — bevorzugt regelmässig den vorderen Bogen der Trachealringe; der ossificirende Knorpel knickt also hier zuerst in Folge des von den Nachbarorganen auf ihn einwirkenden Druckes ein. In vielen Fällen bleibt unerklärter Weise trotz ausgebildeter Ossifikation die seitliche Einengung der Luftröhre aus. J. KATZENSTEIN.

82) **Srebrny. Ein Fall von primärer Trachealozaena. (Przypadek pierwotnego cuchnaego niezytu tchawicy. Z posiedzen Tow. Laryng.)** *Medycyna. No. 39. 1904.*

Bei einem 15jährigen Knaben, der seit einem halben Jahre an Husten litt, wurden bei Sputumuntersuchung Tuberkelbacillen entdeckt. Die nachträgliche Untersuchung gab ein negatives Resultat, die dritte Untersuchung ein paar Wochen später zeigte wieder das Vorhandensein von Bacillen. Lungenuntersuchung zeigte keine wesentlichen Veränderungen, dagegen entdeckte man laryngoskopisch in der Trachea graugrünliche Krusten, welche entfernt und mikroskopisch untersucht tuberkulöse Bacillen zeigten, jedoch nur bei Auswaschen in Mineralsäuren, dagegen bei nachträglicher Entfärbung mittelst Alkohols ihre rothe Färbung verloren. Es waren also Pseudotuberkel-Bacillen. A. v. SOKOLOWSKI.

83) **Ziembicki. Eine letale Blutung nach einer Tracheotomie bei Skleroma laryngis.** *Przeglad Lekarski. No. 12. 1902. Protokuly vosiedzenia.*

Die Blutung entstand am 50. Tage nach der Tracheotomie in Folge von Arrosion der Art. anonyma, welche unweit verlief.

A. v. SOKOLOWSKI.

84) **v. Eiselsberg** (Wien). **Resection der Trachea.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte vom 13. Mai 1904.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 20. 1904.*

Wegen eines Carcinoms der Schilddrüse wurde eine circuläre Resection der Luftröhre mit folgender Naht ausgeführt. Der an der Vorderwand der Trachea nach Dehiscenz der Naht entstandene Defect wurde mittelst eines Hautperiostknochenlappens aus dem Sternum gedeckt.

In der Discussion machte Grossmann auf seine Thierversuche aufmerksam, die ergaben, dass selbst nach Resection einiger Ringe die Trachealstümpfe grosse Neigung zur Vereinigung besitzen, was v. Eiselsberg bestätigte.

CHIARI.

85) **Gerber** (Konstanz). **Erstickung infolge Durchbruchs einer compacten verkästen Lymphdrüse in die Trachea.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 75. Bd. 2.—4. H. 1904.*

Bei der Section fand sich, dass eine verkäste Drüse beide Hauptbronchien verlegte. Betrachtung über die Entstehung der Perforation und der gleichzeitig gefundenen tuberkulösen Peribronchitis.

SEIFERT.

86) **Hans Neumayer** (München). **Intratracheale Strumen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1904.*

Autor berichtet über 2 Fälle intratrachealer Strumen bei 2 Schwestern; bei der ersten Patientin zeigte sich in der Trachea „eine blassrothe, nicht ulcerirte Geschwulst, die von der Hinterwand und den beiden Seitenwänden der Trachea auszugehen“ schien, bei der zweiten sass der „ungefähr haselnussgrosse, röthliche, glatte Tumor, von der Hinterwand entspringend, den obersten Trachealringen gegenüber“ und verengte das Lumen der Luftröhre bis auf einen schmalen, sichelförmigen Spalt, der im Bereiche der Vorderwand der Trachea lag. Beide Tumoren bildeten sich auf Jodkali bezw. Thyreoidin fast vollkommen zurück. Die Krankengeschichten sind in extenso wiedergegeben; Differentialdiagnose, Therapie und einschlägige Literatur finden eingehende Besprechung.

HECHT.

87) **O. Frankenberger** (Prag). **Struma intratrachealis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1904.*

Mittheilung eines Falles von intratrachealem Tumor, der auf Grund der Anamnese, des klinischen Befundes und der therapeutischen Beeinflussung als intratracheale Struma angesprochen werden musste und in Folge eines plötzlichen Suffocationsanfalles letal endigte. Section wurde nicht vorgenommen.

HECHT.

88) **J. Mc. Fadden Gaston. Tracheotomie wegen Schusswunden der Trachea. (Tracheotomy for gunshot wounds of the trachea.)** *N. Y. Medical News. 14. Januar 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 8jährigen Mädchen. Vollständige

Heilung. Die Complicationen der Fälle bestehen meist in Sepsis oder Kehlkopfstenose.

LEFFERTS.

89) **Lee Maidment Hurd. Syphilitische Trachealstenose, dilatirt während einer activen Ulceration mittels einer langen Intubationsröhre; Heilung. (Syphilitic tracheal stenosis dilated during active ulceration by a long intubating tube; cured.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Inhalt ist im Titel enthalten.

EMIL MAYER.

90) **Barbier-Bourel. Behandlung der Lungentuberculose mit intratrachealen Injectionen. (Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Nach den Untersuchungen des Verf. gelangt Flüssigkeit, die an der Pharynxwand injicirt wird, fast stets in den Magen und selten in die Trachea. Man kann sich davon überzeugen, wenn man den Pat. während der Injection auskultirt. Dieses Mendel'sche Verfahren und die intratrachealen Injectionen ohne Anwendung des Spiegels haben daher keinen Werth.

Das beste Vehikel für Medikamente — Creosot, Guajacol, Menthol — ist Olivenöl, das auf 35°—37° erwärmt ist. Unter dem Einfluss der Behandlung sieht man bei nicht zu vorgeschrittenen Fällen von Tuberkulose Besserung.

A. CARTAZ.

91) **T. T. Richardson. Endotracheale Medication. (Endotracheal medication.)** *Medical News. 5. November 1904.*

R. hält die intratrachealen Injectionen für ein werthvolles Mittel zur Behandlung von entzündlichen und infectiösen Erkrankungen der unteren Luftwege. Die angewandten Medikamente sollen nicht reizen, löslich sein und antiseptisch und stimulirend wirken. Mit vorzüglichem Resultat lassen sich ölige Lösungen verwenden. Behandelt werden Asthma, Tracheitis, Lungentuberkulose und besonders Bronchitis. In letzteren Fällen räth Verf. zur Anwendung einer 5procentigen Lösung von Camphormenthol mit Eucalyptus und Thymol und Olivenöl. Oft verschwinden Husten und Auswurf nach ein paar Injectionen. Die Injectionen sollen täglich gemacht werden.

LEFFERTS.

92) **F. W. Gleitsman. Intratracheale Injectionen. (Intratracheal injections.)** *N. Y. Medical Record. März 1905.*

Der Artikel stellt einen ausführlichen historischen Ueberblick über die Methode und die Gesichtspunkte dar, von denen die einzelnen Autoren ausgehen; es werden jedoch auch die Indicationen und die angewandten Mittel abgehandelt. Am Schluss giebt Verf. seine eigene Methode der Intratrachealinjection an.

LEFFERTS

93) **J. Tournie. Epiglottisheber zur laryngoskopischen Untersuchung. (Releveur de l'épiglotte pour l'examen laryngoscopique.)** *Gaz. des hôpitaux. September 1904.*

Das Instrument hat den Vorzug, dass es an dem Kehlkopfspiegel angebracht ist.

A. CARTAZ.

94) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Neuer Zungenhalter für die Kehlkopfuntersuchung. (Uncor depresor de la lengua para al examen laringeo.)** *Archiv. Latin. de Rinol, Laringolog. etc. No. 126. 1904.*

Verf. erwähnt seinen neuen Zungenhalter, den er sich zu dem Zwecke machen liess, um bei der Untersuchung des Larynx die Zungenbasis, welche häufig das Bild verhindert, niederdrücken zu können.

R. BOTEY.

f. Schilddrüse.

95) **E. Muthmann. Ueber die erste Anlage der Schilddrüse und deren Lagebeziehung zur Anlage des Herzens bei Amphibien, insbesondere bei Triton alpestris.** *Dissert. München 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

96) **H. Fecholske. Einige Gedanken über Morbus Basedow. (Some thoughts on exophthalmic goître.)** *Interstate Medical Journal. März 1905.*

Verf. räth, vor Anwendung der chirurgischen Behandlung einen Versuch mit der von Burghart und Blumenthal empfohlenen Behandlung mit Rodagen, der Milch thyreoidectomirter Ziegen, zu machen.

EMIL MAYER.

97) **F. W. Bock. Kropfbehandlung mittels Borsäure. (Goitre treated with boric acid.)** *American Medicine. 25. März 1905.*

Verf. hat nach innerlicher Darreichung von Borsäure in der Dosis von 0,65 g alle drei Stunden in 3 Fällen Kleinerwerden des Kropfes und in einem Fall Nachlassen der Compressionssymptome gesehen.

EMIL MAYER.

98) **Gustav Schwyzer. Die Indicationen zur Kropfoperation und ihre Technik nebst Bericht über 37 operirte Fälle. (The indications for the goitre operation and its technique with reference to 37 operated cases.)** *Northwestern Lancet. 15. Februar 1905.*

Von auschliesslich chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

99) **John G. Sheldon. Die Technik der Entfernung einer Hälfte der Schilddrüse. (The technics of the removal of one half of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 16. April 1904.*

Verf. hält für die beste Methode eine von Gould empfohlene, die er im Detail beschreibt.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

100) **Stern** (Saratow). **Ueber Oesophagitis dissecans superficialis.** *Archiv f. Verdauungskrankh. Bd. X. H. 6. 1905.*

Bericht über einen Fall von Oesoph. diss. superficialis. Stern ist der Meinung, dass es sich um eine Abstossung des Epithellagers der Oesophagusschleimhaut handelt, die durch eine Entzündung an der Grenze zwischen Epithel und subepithelialem Gewebe entsteht. Hinsichtlich der Aetiologie dürften hauptsächlich thermische und chemische Reize, vor allem wohl der Alkohol, die Ursache dieser eigenthümlichen Erkrankung sein.

SEIFERT.

101) **S. W. Schiele** (Naumburg a./S.). **Dauermagensonde bei Striktur der Speiseröhre.** *Mit 1 Abb Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Statt der Gastrostomie empfiehlt Autor an der Hand eines in extenso beschriebenen Falles die Einführung einer Dauersonde. Ein ca. 30 cm langes Drainagerohr mit zahlreichen Oeffnungen wurde mittelst eines Mandrins durch die sehr enge Strictur hindurchgeführt. Um die Führung des Mandrins zu erleichtern, wurde das Drainagerohr am untersten Ende mit Katgut zugebunden, das sich im Magen wieder auflösen darf. Der Mandrin konnte leicht wieder zurückgezogen werden, ohne dass das Schlauchstück folgte. Um den Drain zur Reinigung etc. wieder zu entfernen, wurde durch sein oberes Ende mit der Nadel ein Faden gezogen, dessen beide Enden bis über die Zahnreihen hängen und an einen Zahn geschlungen und geknüpft werden. „Die beiden Fadenenden dürfen über den Zungengrund nicht gespannt laufen, weil sonst das Spiel der Zunge das Schlauchstück über die Strictur heraushebt. Vielmehr müssen sie etwa 5 cm länger sein, als nöthig, damit der Ueberschuss an Fadenlänge in Gestalt einer Schlinge in die Speiseröhre verschluckt wird. Findet sich kein geeigneter Zahn, so müssen die Enden durch die beiden Nasenlöcher geführt und vor dem Nasensteg geknotet werden". Auf diese Weise schluckte Patient dicke Suppen, gekauten Zwieback, dünne Breie, Rühreier etc. Der Drain wurde alle 5 Tage gewechselt.

HECHT.

102) **A. B. Atherton. Ein Fall von Narbenstrictur des Oesophagus. (A case of cicatricial stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1905.*

Pat. hatte irrthümlich Lauge getrunken. Es entstand eine Strictur am unteren Ende der Speiseröhre, durch die zuerst nur eine 2 mm dicke Sonde hindurchging. Der Zustand konnte durch allmählige Dilatation nur wenig gebessert werden. Es musste daher die Gastrostomie gemacht und die Strictur mittelst des Abbe'schen Verfahrens erweitert werden. Danach wurde die allmählige Dilatation fortgesetzt mit dem Erfolg, dass ein 1 cm dickes Gummibougie permanent getragen werden konnte. Das obere Ende des Bougies lag an der Stelle, wo Pharynx und Oesophagus zusammentreffen; es wurde mittelst Seidenfadens am Ohr befestigt. Ein Jahr später war Pat. immer noch genöthigt, die Sonde zu tragen.

LEFFERTS.

103) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Mit Thiosinamin behandelter geheilter Fall von Speiseröhrenverengerung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1904.*

17jähriger Patient mit frischer, traumatischer Oesophagusstenose (Vitriol), 13—14 cm von der Zahnreihe entfernt, die für die kleinsten Bougies (3—4 mm) undurchgängig war. Subcutane Injection von je 1 ccm einer 15procentigen alkoholigen Thiosinamin-Lösung unter die Rückenhaut an jedem dritten Tage — im ganzen 6 Einspritzungen — führte neben entsprechender Sondirung zu vollständiger Heilung.

HECHT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jankau. Taschenbuch für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Ohrenärzte für 1905/6. IX. Aufl. Seitz u. Schauer· München 1905.

Auch die 9. Ausgabe dieses Taschenbuches bringt wiederum eine Reihe von Erweiterungen. So finden sich im anatomischen und physiologischen Abschnitt Kapitel über die Dimensionen der Nebenhöhlen, der Schleimhaut der Nebenhöhlen, über das Krieg'sche Schema der Bildung der Atrophie, Ulceration etc., über die Wirkung des Musc. cricothyreoideus, über die Klänge und Lage der Singstimme. In dem Kapitel „Bakteriologisches" ist die Bakteriologie der Nasenhöhle besonders berücksichtigt. Bei der Differentialdiagnose finden wir neu die Differentialdiagnose zwischen Stirnhirn- und Kleinhirntumoren, die Differentialdiagnose zwischen Krebs, Syphilis und Tuberculose der oberen Luftwege. Im therapeutischen Theil ist das Kapitel: Indication zur Radicaloperation und: Inhalationsapparate neu. Das Personalverzeichniss ist nach Möglichkeit ergänzt.

Seifert.

b) Carl Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propaedeutik. Zweite vollkommen neubearbeitete Auflage. S. Karger. Berlin 1905.

Soeben ist der zweite und letzte Theil der zweiten Auflage des Zarnikoschen Lehrbuches erschienen. In der Vorrede entschuldigt sich der Verf., dass er so lange Zeit gebraucht habe zur Fertigstellung seiner Arbeit. Wer die ungeheure Arbeit, die in diesem Lehrbuch steckt, berücksichtigt — es umfasst 740 Seiten und enthält 161 Abbildungen, 5 Tafeln und fast 1700 ausführliche Literaturangaben —, wird gewiss gern die gewünschte Absolution ertheilen und dem Verf. noch obendrein Dank wissen für das, was er uns geleistet hat.

Die zweite Auflage stellt sich als eine so vollkommene Neubearbeitung dar, dass sich die frühere Auflage dazu verhält, wie die Skizze zu einem voll ausgeführten Kunstwerke. Aber so vieles auch in der neuen Auflage verändert sein mag, eins ist unverändert geblieben, und das ist die originelle und frische Art der Diction, die der ganzen Arbeit ein so ausgezeichnetes individuelles Gepräge giebt.

Die Eintheilung des Stoffes hält sich nur zum Theil an das alt hergebrachte Schema. In dem Abschnitt, der die allgemeine Pathologie und Therapie bespricht, sind die Kapitel über die Geruchs-, Stimm- und Sprachstörungen und die Kapitel, die die Beziehungen der Nase zu anderen Organen schildern, durchaus eigenartig. Im vierten und fünften Abschnitt, in denen die Diagnostik und allgemeine Therapie behandelt wird, ist die Beschreibung der verschiedenen Encheiresen von ausgezeichneter Klarheit und Anschaulichkeit. Ob der Verf. erzählt, wie er einen Wattebausch dreht, oder eine complicirte Operation schildert, immer glaubt man das geschickte und anschauliche Wort eines klaren Lehrers zu hören, durch das auch der Ungeübte zu einem zweckentsprechenden Eingriff erzogen wird.



Aus den Kapiteln, die der speciellen Pathologie gewidmet sind, möchte ich die Besprechung der Ozaena besonders hervorheben. Auch hier zeigt sich die Geschicklichkeit und Klarheit Zarniko's im besten Licht. Die verschiedenartigen Auffassungen dieser Erkrankung, all' die Hypothesen und reellen Thatsachen, die zu ihrer Klärung herangezogen worden sind, hat Ref. noch nie in einer so übersichtlichen und anschaulichen Weise zusammengestellt gesehen. Aehnlich wirksam ist die Schilderung der Processe, die Zarniko unter dem Sammelbegriffe der infectiösen Granulome zusammengefasst hat: Tuberkulose, Syphilis, Rotz, Lepra und Sklerom. Bei der Besprechung der Cystenbildung, der Lebewesen in der Nase, der Leukämie etc. bringt Verf. werthvolle Beiträge aus seiner eigenen Erfahrung. Das Kapitel der Neubildungen hat durch die reichen persönlichen Beobachtungen des Verf.'s und durch seine eigenen histologischen Untersuchungen einen besonderen Werth. Die submucöse Fensterresection, wie Verf. sie schildert, scheint mir allerdings durch die Killian'sche Methode überholt zu sein.

Der Darstellung der nasalen Reflexneurose ist ein breiter Raum gewidmet, und auch dieses Kapitel zeigt die geschickte Hand des Verf.'s. Aber man vermisst hier bei mancher heiss umstrittenen Frage eine klare Stellungnahme. Aehnlich geht es bei der Besprechung der Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase. So anschaulich auch hier die Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder ist, so klar und geschickt die Beschreibung der einzelnen Operationsmethoden und die kritische Abwägung der einen gegen die andere — die Indicationen, wann zu operiren sei und wann nicht —, hätte meines Erachtens noch schärfer herausgearbeitet sein dürfen. Gerade dieser Punkt scheint mir zur Zeit noch am meisten der Klärung zu bedürfen und das Wort eines jeden objectiven Arbeiters kann hier zu einer verdienstreichen That werden.

Zum Schluss sei noch die vortreffliche Ausstattung des Zarniko'schen Buches und die ausserordentlich anregende Form der Diction hervorgehoben, die sich von dem meist so trockenen Ton vieler anderer Lehrbücher aufs vortheilhafteste abhebt und den Leser durch eine ganz besondere persönliche Nuance festhält.

Wir dürfen dem Verf. zu seiner trefflichen Arbeit unsern aufrichtigen Glückwunsch aussprechen. So gross auch die Zahl ähnlicher Werke ist, das Zarniko-sche Lehrbuch wird immer durch seine Eigenart einen ganz besonderen Platz unter ihnen allen einnehmen.

A. Kuttner.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Februar 1905.

Gluck stellt ein Kind vor, bei dem er wegen einer in Folge von Verätzung eingetretenen Obliteration des Oesophagus, eine Magenfistel angelegt hatte. Eine retrograde Dilatation von der Cardia aus erwies sich als unmöglich, die Oesophagoskopie zeigte ebenfalls keinen Weg. Deswegen legte er oberhalb der Stenose eine Fistel an und verband diese mittelst eines Schlauches mit der Magen-

fistel, so dass die per os genommenen Speisen durch ihn in den Magen geleitet werden.

Dann stellt er ein Kind vor, bei dem wegen eines häufigen Pleuraempyems und Lungengangrän einige Rippen und ein Lungenstück resecirt worden ist; das Kind kann bei zugehaltener Nase und geschlossenem Munde retrograd athmen. Er empfiehlt diese Operation bei inoperablen Mediastinalgeschwülsten und anderen die oberen Luftwege in ihren tieferen Theilen stark beeinträchtigenden Erkrankungen, in denen eben die Tracheotomie nichts helfen kann.

Schötz hat einen Pat. beobachtet, bei dem auf dieselbe Weise Oesophagus und Larynx ausgeschaltet war; Pat. konnte aber die Prothese nicht vertragen. Er kann zu solchen Operationen nicht rathen.

Gluck: Man soll diesen Eingriff natürlich nur bei solchen Patienten vornehmen, die damit einverstanden sind.

B. Fränkel: Primum est vivere! Allerdings muss der Kranke, nachdem man ihn genau orientirt hat, selbst die Entscheidung treffen.

E. Meyer fragt, wie bei dem Kinde mit Ausschaltung des Oesophagus der Schluckact vor sich gehe. Die festeren Bissen erfordern doch eine Peristaltik des Schlundrohrs. Oder genügt die vis a tergo? Diese Frage wird von Gluck bejaht.

Katzenstein: Flüssigkeiten werden beim Schluckact heruntergedrückt und durch die Oesophagusperistaltik weiter befördert; feste Bissen werden durch den Kauact ziemlich flüssig.

Hirschmann demonstrirt das normale endoskopische Bild der Oberkieferhöhle und an einer zweiten Patientin einen im Sinus maxillaris liegenden endoskopisch sichtbaren abgebrochenen Theil eines Gummiobturators.

A. Rosenberg zeigt einen Schädel, an dem auf der einen Seite eine nur rudimentäre untere Muschel vorhanden ist; auf derselben Seite sieht man eine sogenannte doppelte Keilbeinhöhle, deren obere eine Siebbeinzelle darstellt. Hinter dem Sinus sphenoidalis liegt noch eine kleine Cellula ethmoid.

Landgraf zeigt die mikroskopischen Präparate eines glatten, blaurothen beweglichen tuberkulösen Ventrikeltumors, den er einer an einer kleinen Verdichtung der linken Lungenspitze leidenden Patientin exstirpirte, deren Kehlkopf sonst vollkommen gesund ist.

Schötz glaubt, dass diese Tumoren nicht so selten sind.

Rosenberg stimmt dem zu und erwähnt zwei selbstbeobachtete entsprechende Fälle. Es handelt sich dabei gewöhnlich um eine tuberculöse Infiltration der Ventrikelwandungen, deren innerer Theil als Tumor aus dem Eingange des Ventrikels herausgedrängt wird. In einem seiner Fälle, in dem ebenfalls ein ganz kleiner Tumor aus dem Sinus Morgagni heraussah, handelte es sich um ein Ventrikelcarcinom.

Grabower sah nach Anwendung von Tuberkulin sich von dem Taschenband einen ähnlichen Tumor entwickeln, der nach weiteren Tuberkulininjectionen wieder verschwand.

B. Fränkel erinnert an einen auf dem internationalen Congress in Paris

vorgestellten, dem Landgraf'schen ähnlichen Fall; dieser Tumor erwies sich später auch als ein tuberkulöser.

Aehnliche Geschwülste können hervorgerufen werden durch ein Carcinom oder Syphilis. A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran

24. bis 30. September 1905.

Meran, am 1. April 1905.

Hochgeehrter Herr.

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, Sie zu den Verhandlungen der Abtheilung der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran, die vom 24. bis 30. September 1905 stattfinden soll, ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — bei dem mitunterzeichneten

Dr. Karl Fischer, Meran, Kieserhaus,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren wissenschaftliche Fragen von allgemeinem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so bitten wir Sie auch, uns Ihre Wünsche für derartige, von unserer Abtheilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen übermitteln zu wollen.

Die Einführenden:
Dr. Fischer, Meran.
Dr. Juffinger, Univ.-Prof., Innsbruck.

Die Schriftführer:
Dr. Rischawy, Meran.
Dr. Wassermann, Meran.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Zwölfte Versammlung zu Heidelberg
am Pfingstmontag.

Programm.

Am Sonntag, den 11. Juni d. J.,

findet zwanglose Vereinigung und Begrüssung der Theilnehmer und ihrer Damen von Abends 8 Uhr ab im Grand Hôtel statt.

Am Montag, den 12. Juni, Morgens $^1/_2$8 Uhr:
Ausschuss-Sitzung.
Um 8 Uhr Beginn der wissenschaftlichen Sitzung
im medic. Hörsaal der Universitätsklinik.

Nach Erledigung der Geschäftssitzung und der unten verzeichneten Vorträge und Demonstrationen wird Mittags 2 Uhr ein

Festessen

im Grand Hôtel die Theilnehmer und ihre Damen vereinigen. Vorausbestellung der gewünschten Couvertzahl wird an Herrn Prof. Jurasz erbeten.

Nach dem Festessen finden unter ortskundiger Führung einzelne

Ausflüge in die nächste Umgebung Heidelberg's

statt.

Für den Abend erbitten sich Herr und Frau Prof. Jurasz das Vergnügen, die Mitglieder und ihre Damen in ihrem Hause, Kaiserstrasse 7, von 8 Uhr ab als ihre Gäste begrüssen zu dürfen.

Avellis,	Prof. Jurasz,	Blumenfeld,
1. Vorsitzender.	Localcomité.	Schriftführer.

Tagesordnung der Geschäftssitzung.

I. Eröffnung durch den Vorsitzenden. Kassenbericht. Wahl des Vorstandes. Neuaufnahmen.
II. Stellungnahme zur Gründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft.
III. Bericht über die Garcia-Feier in London.
IV. Resolution, betreffend die Organisation laryngologischer resp. oto-laryngologischer Sectionen auf internationalen Congressen und Naturforscherversammlungen.

Angemeldete Vorträge für die XII. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

1. Herr Seifert-Würzburg:
   „Nachbehandlung der Adenotomie."
2. Herr Killian-Freiburg:
   Thema vorbehalten.
3. Herr Sänger-Magdeburg:
   „Astmatherapie."
4. Herr Schröder-Cassel:
   „Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere."
5. Herr Winckler-Bremen:
   a) „Laryngofissur nach Semon's Vorschriften."
   b) „Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Larynxtuberculose mit Röntgenstrahlen."
6. Herr Avellis-Frankfurt a. M.:
   „Röntgenaufnahmen bei bösartigen Nebenhöhlentumoren." (Demonstration.)
7. Herr Albert Rosenberg-Berlin:
   „Ueber einseitige Stimmbanderkrankungen."
8. Herr Katz-Kaiserslautern:
   „Casuistisches zur Reflexepilepsie in Folge Erkrankung der oberen Luftwege."

9. Herr Hansberg-Dortmund:
   a) „Laryngotomie bei Kehlkopftuberculose."
   b) „Laryngotomie bei einem vier Monate alten Kinde."
10. Herr Hennig-Königsberg:
   „Inhalationstherapie."
11. Herr Kronenberg-Solingen:
   „Ueber einen Fall von Lähmung eines Nervus laryngeus superior."
12. Herr Jessen-Davos:
   „Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht."
13. Herr Richard Hoffmann-Dresden:
   a) „Ein Fall von Hirnabscess nach Stirnhöhleneiterung."
   b) „Ein Fall von Tumor der Trachea."
14. Herr Killian-Worms:
   „Ueber die Eröffnung tiefliegender, seitlicher Zungen- und Pharynxabscesse durch Operation von aussen."

Deutsche Laryngologische Gesellschaft.

Das definitive Programm der am 13. Juni zu Heidelberg abzuhaltenden constituirenden Sitzung dieser neuen Gesellschaft ist uns leider erst so spät zugegangen, dass wir es in Folge von Raummangel nicht in extenso abdrucken können. Aus dem Programm heben wir hervor, dass sich die constituirende Versammlung in erster Linie mit der Stellung der Laryngologie, sowie der künftigen Gestaltung der D. L. G. beschäftigen wird. Der erste auf der Tagesordnung stehende Antrag geht dahin: „die deutsche laryngologische Gesellschaft mit der deutschen otologischen Gesellschaft zu vereinigen" — eine unerwartete Illustration der Actualität des Leitartikels dieser Nummer. — Zweitens wird eine Resolution über die Trennung der Laryngologie von der Otologie auf den internationalen Congressen und Naturforscherversammlungen beantragt werden. — Drittens soll ein Vorschlag zu einem internationalen Laryngologentag gemacht werden und viertens wird Herr Barth einen Antrag stellen, dass den Unterrichtsinstituten nicht zu viel laryngologisches Material durch Ueberweisung an die beabsichtigten Pflegestätten für Tuberkulöse entzogen werden möge. — Es folgt eine Reihe wissenschaftlicher Vorträge, ein zwangloses Diner und ein Ausflug in die Umgebung Heidelbergs.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Juli. 1905. No. 7.

I. Die Zukunft der Laryngologie.

Von B. Fränkel, Berlin.

Vortrag gehalten in der ersten Sitzung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft am 13. Juni zu Heidelberg.

Meine Herren!

Wenn ich heute versuchen will, über die Zukunft der Laryngologie zu sprechen, so geschieht dies mit Rücksicht auf die Gründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft. Denn Betrachtungen über die Zukunft unserer Disciplin sind es gewesen, welche nicht nur mich, sondern wahrscheinlich Sie alle bestimmt haben, bei dieser Gründung mitzuwirken.

Die Laryngologie besteht jetzt beinahe ein halbes Jahrhundert, aber sie ist noch nicht zu der allgemeinen Anerkennung als legitime Specialität durchgedrungen, welche unserer Ueberzeugung nach ihr gebührt. Es giebt zwar eine erhebliche Anzahl von Aerzten, welche sich ihre Jünger nennen und als solche thätig sind. Das kranke Publikum wendet sich in den entsprechenden Fällen mit Vorliebe spontan und von Hausärzten geschickt an Kehlkopfspecialisten und es ist Laryngologen verstattet, als solche bis in die höchsten Kreise hinauf berathend und operativ mit Erfolg thätig zu sein. Auch fordert die deutsche Prüfungsordnung, dass zu dem Nachweise, welchen der Candidat für das Staatsexamen als Arzt beibringen muss, die Bescheinigung gehört, dass er eine laryngologische Klinik oder Poliklinik als Praktikant besucht habe. Das sieht alles sehr herrlich aus und es ist auch etwas, und doch fehlt noch vieles.

Um mit dem Letzteren zu beginnen, so liegt der Unterricht in der Laryngologie an manchen Universitäten in den Händen von Lehrern, die sich selbst vorwiegend als Otologen fühlen und die wir auch als solche betrachten. Zwar wird der otologische und laryngologische Unterricht fast überall in getrennten Vorlesungen erteilt; es ist aber noch die Vorstellung verbreitet, dass diese beiden Disciplinen als Unterrichtsgegenstand füglich in einer Hand vereinigt sein könnten, ebenso wie man früher z. B. den Chirurgen mit der Augenheilkunde oder den Anatomen gleichzeitig mit der pathologischen Anatomie oder der Physiologie betraute. Auch sehen wir, dass fast nirgends in grossen Krankenhäusern besondere

Abteilungen für die Laryngologie eingerichtet werden, selbst wenn man von dem gewohnten Schlendrian der Vorstellung abweicht, dass ein innerer Arzt und ein Chirurg zur Behandlung ausreichend seien. Manche medizinische Fakultät sowohl, wie manche staatliche und städtische Behörde verhält sich der Laryngologie gegenüber spröde oder gar ablehnend. Auch allgemeine medicinische Congresse haben unserer Disciplin die gebührende Anerkennung vielfach verweigert oder wenigstens nicht mit Entgegenkommen gewährt. Unsere allgemein praktizirenden Collegen geben sich und die Ihren zwar gern in unsere Pflege, aber versagen vielfach unserer Disciplin als solcher das legitime Bürgerrecht in der medicinischen Welt, wie dies z. B. der Ophthalmologie oder der Otologie gewährt wird.

Sind diese Thatsachen richtig, so verdient die Untersuchung ihrer Ursachen unsere höchste Aufmerksamkeit. Viele von uns, wie z. B. ich, haben den grössten Theil der Arbeit ihres Lebens der Laryngologie gewidmet. Sollen sie den Spaten niederlegen, ohne zu wissen, dass die Saat, die sie mühsam gesäet, zu voller Frucht aufgeht? Die Frage nach der Zukunft der Laryngologie ist für die Aelteren unter uns zum Theil gleichbedeutend mit der Frage nach der Wirkung ihrer Lebensarbeit. Denn wenn auch die einzelnen wissenschaftlichen Leistungen auf alle Fälle und für alle Zeit in den Speichern der Wissenschaft fruchtbringend aufgehoben sind, so haben wir doch unserer Disciplin so viel Liebe und so intensives Streben gewidmet, dass ein gut Stück von uns dahinginge, wenn dereinst die Fahne der Laryngologie nicht mehr im Winde flattern sollte. Am Baum der Wissenschaft drängt sich Blüt' um Blüte, die eine treibt in Knospe und entfaltet sich zur Blüte, während die andere verwelkt; hat die Laryngologie bereits ihre Blüte hinter sich oder steht ihre volle Blüte erst in der Zukunft bevor?

Die Laryngologie ist eine Specialität. Es ist nicht leicht zu sagen, welche Bedingungen vorhanden sein müssen, um einer Disciplin der Medicin die Berechtigung zum Dasein als Specialität zu verleihen. Die Einen gründen sich auf eine abgegrenzte Organgruppe z. B. Ophthalmologie oder Gynäkologie, andere beschäftigen sich mit dem ganzen Menschen, aber in einem bestimmten Alter, wie z. B. Pädiatrie. Noch andere, wie z. B. Syphilidologie beruhen auf einer Krankheitsursache. Auch lehrt die Geschichte, dass manche Specialitäten nur vorübergehend als solche betrachtet wurden. So forderte z. B. Traube in der Virchowschen „Reform" in mehreren Artikeln Specialkliniken, d. h. solche, in welchen auscultirt und percutirt würde. Untersuchungsmethoden allein, mögen sie auch noch so mühsam zu erlernen sein, berechtigen aber nicht, aus ihnen eine Specialität zu machen. Dies Recht kann vielmehr erst einer Disciplin zuerkannt werden, wenn sie neben der besonderen Untersuchungsmethode auch therapeutische Eingriffe bedingt, zu deren Erlernung und Anwendung eine besondere Uebung erforderlich ist. Nun ist die Laryngologie als Untersuchungs- und Operationsmethode nicht wie Athene fertig dem Kopf eines Genies entsprungen, sondern von mehreren Autoren erdacht und erfunden worden. Die Untersuchungsmethode ist so wichtig, dass sie wenigstens in ihren Grundzügen von jedem Arzt angewendet werden muss. Aber auch in der Aera des Cocains erfordern die Eingriffe der laryngologischen Lokaltherapie noch so viel Vorübung, dass sie in den Händen

besonderer Specialisten verbleiben müssen. Billigerweise kann der Laryngologie ihre Berechtigung, eine Specialität zu sein, nicht bestritten werden.

Nun ist die Laryngologie kein steriles Gebiet. Betrachten Sie die vorliegenden 16 Bände meines Archivs, so bedarf es weiter keines Beweises für die fruchtbare wissenschaftliche Arbeit in unserer Disciplin. Es wäre übrigens leicht weitere Beweise beizubringen, wenn Zweifel in dieser Beziehung bestehen sollten. Auch für einen Forscher, der nach dem Höchsten strebt, besitzt unsere Specialität noch Aufgaben genug. Allerdings ist die Stellung der Laryngologie, namentlich an den Universitäten noch eine solche, dass ein Cadett, der nach dem Marschallstabe strebt, den regulären Weg, ihn zu erlangen, noch nicht eröffnet sieht. Denn es giebt noch keine ordentliche Professur für Laryngologie.

Für die Stellung der Laryngologie ist ihr Verhältniss zur Otiatrie von grosser Bedeutung. Wir haben mit dieser Disciplin die Nase als gemeinsames Feld. Wenn man nun in seinem Hause mit einem anderen Miether den Flur gemeinsam hat, so giebt dies Berührungspunkte, die nur bei gegenseitiger grosser Rücksichtsnahme nicht zu Misshelligkeiten führen. Die Otiatrie ist durch die Mastoidoperation zu einer vorwiegend chirurgischen Disciplin geworden. Sie hat sich ja immer schon mit dem Hammer beschäftigt, nun aber auch den Meissel in ihre kräftige Hand genommen. Die Beherrschung der Technik verleiht dem Muth und dem Selbstvertrauen ungeahnte Schwingen. Wie überall in den Grenzgebieten unterwirft die Chirurgie ihre zaghafteren Schwestern, und so sehen wir denn, dass vielfach die Otologen das „bischen Kehlkopf" ihrer Wirksamkeit hinzufügen und die Laryngologie mit der Otiatrie verschmelzen wollen.

Man müsste blind sein, wenn man nicht sehen wollte, dass in der Praxis vielfach beide Disciplinen von demselben Arzte ausgeübt werden. Es ist dies aber das Ergebniss rein wirthschaftlicher Verhältnisse. Unsere Zeit steht im Zeichen des Specialismus. Nun bedarf es eines verhältnissmässig geringen Apparats, um die Laryngologie als Specialität zu betreiben. So haben sich vielleicht mehr Aerzte dieser Specialität zugewandt, als von derselben, um mich möglichst deutlich auszudrücken, ernährt werden können. Der wirthschaftliche Kampf wurde erleichtert, wenn man die Otiatrie hinzunahm. Letztere Disciplin mit ihrer chirurgischen Grundlage erleichtert die Einrichtung einer Klinik, in welcher nun auch die Laryngologie ausgeübt werden kann. Der umgekehrte Fall, dass ein Otologe aus ähnlichen Motiven die Laryngologie hinzunimmt, kommt sicher auch vor. Es kann, wie gesagt, nicht verkannt werden, dass beide Disciplinen in der Praxis vielfach gemeinsam ausgeübt werden.

Ebenso können Zeitschriften und Lehrbücher, welche beide Disciplinen umfassen, auf einen grösseren Leserkreis rechnen. Auch ist es vom Standpunkte des Finanzministers zweckmässiger, ein gemeinsames Institut für Laryngologie und Otiatrie zu errichten, als für diese Disciplinen gesonderte Lehrinstitute zu schaffen.

Verfolgen wir die Genesis der Specialitäten historisch, so sind ähnliche äussere und wirthschaftliche Gründe gegen jede derselben geltend gemacht worden. Alle haben sich ihren Platz an der Sonne mühsam im Kampfe gegen die Kirchthurmsinteressen des bestehenden Besitzes erobern und behaupten müssen. Schliesslich haben aber immer die sachlichen Interessen gesiegt und alle in

der Sache liegenden Momente sprechen für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit der Laryngologie.

Schliesslich basiren die Specialitäten auf der Beschränktheit des menschlichen Gehirns und auf der Kürze des menschlichen Lebens. Wer genug Zeit hat und mit dem hinlänglichen Talent versehen ist, kann alle Specialitäten der Medicin erlernen und ausüben. Schade nur, dass die überwiegendste Anzahl der Menschen nicht das Zeug dazu hat, ein solcher medicinischer Mikrokosmus zu werden! Die Meisten müssen sich eben darauf beschränken, im Kleinen Tüchtiges zu leisten und das, was sie an Extensität des Wirkens einbüssen, durch die Intensität ihrer Leistung ersetzen.

Viele Specialitäten haben einzelne Gebiete gemein. Die Neurologie z. B. ist von der inneren Medicin nicht aufgegeben; aber ein innerer Kliniker, welcher aus Liebhaberei vorwiegend Nervenkranke behandelt, begeht sicher einen Fehler, wenn er die Psychiatrie hinzuzunehmen versucht. Ebenso würde ein Gynäkologe unrichtig handeln, wenn er als Specialist Blasen- und Nierenkrankheiten sich annectiren wollte. Auch würden wir einen Pädiater schlecht verstehen, der nun das ganze Gebiet der Infectionskrankheiten seiner Specialität hinzufügen wollte. Diese Beispiele könnten leicht vermehrt werden, sie genügen aber für meinen Zweck. Wenn irgendwo, so gilt für den Specialisten der Satz: In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister.

Die Otiatrie ist, wie gesagt jetzt in ihrem eigentlichen Wesen eine chirurgische Disciplin. Will sie expansiven Tendenzen nachgeben, wie dies vielfach geschieht und in der Natur der Sache begründet ist, so wird sie sich zur Hirnchirurgie entwickeln. Würde sie die Laryngologie resorbiren, oder mit ihr ein Schutz- und Trutzbündniss schliessen, so würde aus dem Otiater ein Kopf- und Halschirurg werden.

Die Laryngologie dagegen hat ihre angeborene Farbe nicht aufgegeben. Wenn sie auch chirurgisch inficirt ist, so ist sie doch in ihrer eigentlichen Seele eine nach Seiten der inneren Medicin gravitirende Disciplin. Zudem ist sie auf die Respirationsorgane hingewiesen, und unser College Killian hat durch seine glänzende Erfindung der Bronchoskopie den Weg gewiesen, auf welchem sie fortschreiten kann und muss. Die Bronchoskopie ist eine Untersuchungs- nnd therapeutische Methode, welche in absehbarer Zeit in specialistisch geübter Hand verbleiben wird, und der unumstösslichste Beweis der Berechtigung der mit ihr verbundenen Laryngoskopie zum dauernden erfolgreichen Dasein.

Es giebt Spazierstöcke, welche in Folge kniffologischer Erfindungskunst in ein Fernrohr umgewandelt werden oder als Angelruthe benutzt werden können. Wenn man derartige Zwitterbildungen genauer betrachtet, so sind sie ganz weder das eine noch das andere, weder ein guter Stock, noch ein gutes Fernrohr oder eine brauchbare Angelruthe. Institute, welche gleichzeitig dem laryngologischen und dem otiatrischen Unterricht dienen, gleichen manchmal solchen Werkzeugen, die gleichzeitig zweien Herren dienen. Für uns Laryngologen ist dabei das besonders bemerkenswerth und traurig, dass gewöhnlich die Laryngologie es ist, welche nothleidet und zum Nebenfache wird. Denn auch hier gilt der

vorher erwähnte Erfahrungssatz, dass meistens die chirurgische Disciplin schliesslich überwiegt.

Ich habe mein ganzes Leben lang mich bemüht, den Fortschritten der Wissenschaft beizubleiben und glaube, dass ich, wenn überhaupt, so doch nicht weit zurückgeblieben bin. Seit 40 Jahren beschäftige ich mich mit der Laryngologie. Wenn ich meine Erfahrungen sammle und in meiner innersten Seele lese, so muss ich es als einen Glaubenssatz aussprechen, es wäre ein Unglück für die Laryngologie, wenn sie als Disciplin mit der Otiatrie vereint würde. Mag sie in der Praxis immerhin gemeinsam ausgeübt werden, als Disciplin muss sie selbstständig bleiben oder sie wird untergehen.

Wenn aber jetzt, nachdem die Laryngologie ein halbes Jahrhundert lang bestanden hat, immer noch wieder die Frage nach ihrer Existenzberechtigung aufgeworfen werden kann, so müssen wir darüber nachdenken, ob wir in Wirklichkeit für unsere Specialität unsere ganze Schuldigkeit erfüllt haben. Wir haben in ihrem Dienst gearbeitet und ihr Haus theoretisch und practisch auszubauen gestrebt. Aber wir waren von der Vorstellung befangen, dass wir uns nicht vom Allgemeinen trennen dürften und haben dieser Vorstellung über Gebühr nachgegeben. Ich bitte mich nicht misszuverstehen: Niemand ist wohl mehr als ich von der Ueberzeugung durchdrungen, dass Specialitäten sich mit dem Geist der Gesammtmedicin zu durchdringen haben, dass sie nie vergessen dürfen, dass es der kranke Mensch ist, dessen Pflege auch ihrer Einzeldisciplin obliegt, dass sie die Gesetze und Regeln der Gesammtmedicin durchaus beherrschen müssen, um sie in ihrem besonderen Falle anzuwenden. Der Specialist darf kein Staarstecher werden, er muss Arzt bleiben, welcher sich auf die Wirksamkeit in einem Theile der Gesammtmedicin mit Vorliebe beschränkt. Wir haben aber darüber hinaus uns immer an das Ganze auch in practischen Dingen ohne Rücksicht auf die Interessen unserer Specialität angeschlossen und letztere immer untergeordnet in der Hoffnung, dass die Gesammtheit ihr treues kleines Kind nicht vernachlässigen und ihm sein Recht auch ohne sein Zuthun wahren werde. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Hoffnung trügerisch war. Es hat es ein Jeder so gut als er es verdient, und wenn wir uns nicht selbst durchaus als selbstständige Specialität betrachten und fühlen, werden wir auch von den anderen nicht als solche anerkannt werden. Ich erachte deshalb die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Laryngologie als einen wesentlichen Schritt, die Zukunft unserer Specialität zu sichern. Divide et impera ist ein alter Satz. Auch seine Umkehrung ist richtig: Seid einig, Laryngologen, damit ihr selbstständig bleibt!

II. Internationale laryngologische Zusammenkünfte.

Seit unserem letzten Bericht über diese Frage haben, soweit bekannt, folgende laryngologische Gesellschaften zu derselben Stellung genommen:

1. Die holländische Gesellschaft für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten hat, wie uns der Secretär, Dr. Burger, mittheilt, einstimmig beschlossen:

„Unsere Gesellschaft kann an keinem Internationalen Medicinischen Congresse theilnehmen, wo unserer Specialität im Vergleich zu den anderen Zweigen der Medicin eine untergeordnete Stellung zugewiesen ist. Wir können die Bildung zweier separater Sectionen (Laryngologie, Otologie), ebenso wie die Bildung einer combinirten Section mit zwei Abtheilungen (Laryngologie, Otologie), aber keinesfalls eine Verbindung mit der Stomatologie acceptiren".

2. Die Resolution der Berliner Laryngologischen Gesellschaft lautet folgendermassen: „Die Gesellschaft beschliesst, für die Laryngologie eine besondere Section zu verlangen. Ist dies nicht zu erreichen, so würde die Gesellschaft die Concession machen, mit den Otologen in einer Section, aber in zwei gesonderten Subsectionen zu tagen. Wenn sich das Organisationscomité dagegen ablehnend verhält, so soll sich kein Mitglied der Gesellschaft an der gemischten Rhino-laryngo-otologischen Section betheiligen." (Die Resolution ist einstimmig gefasst.)

3. Die süddeutsche laryngologische Gesellschaft hat ihre vor dem Pariser internationalen medicinischen Congress formulirte Resolution (vgl. Centralblatt Bd. XV. p. 342) einfach bestätigt.

4. Die neubegründete deutsche laryngologische Gesellschaft hat einstimmig folgenden Beschluss gefasst:

> „Die Deutsche laryngologische Gesellschaft verlangt die Bildung einer eigenen laryngologischen Section, widrigenfalls sich ihre Mitglieder an der Section nicht betheiligen wollen."

5. Aus einem Brief des Vorsitzenden der Wiener laryngologischen Gesellschaft, Prof. Chiari, an den Vorsitzenden der deutschen laryngologischen Gesellschaft, Excellenz Moritz Schmidt, der bei der Gründungssitzung der letzteren verlesen wurde, geht hervor, dass die Wiener laryngologische Gesellschaft sich mit dem höflichen Ersuchen an das Lissaboner Comité gewendet hat, eine eigene Section für die Laryngologie einrichten zu wollen, von demselben aber bestimmt abschlägig beschieden worden ist.

Noch sei erwähnt, dass einer bei derselben Sitzung gemachten Mittheilung zufolge die deutsche otologische Gesellschaft bei ihrer soeben in Homburg stattgehabten Sitzung beschlossen hat, eine Theilnahme an dem Lissaboner Congress unter den obwaltenden Umständen abzulehnen.

Endlich hat sich das Lissaboner Organisationscomité gemüssigt gesehen, eine Erklärung abzugeben, die in seinem officiellen Bulletin vom 23. Mai bezeichnend genug unter der Rubrik: „Petites Nouvelles" anonym veröffentlicht und deren Inhalt so reich an irreführenden Ungenauigkeiten ist, dass wir es für unsere Pflicht halten, sie in toto abzudrucken, um unseren Lesern zu zeigen, in welcher Weise dem mit der Sachlage nicht vertrauten allgemeinen ärztlichen Publikum, welchem dieses „Bulletin Officiel" zugesandt wird, die zwischen dem Organisationscomité und den Laryngologen und Otologen der Welt schwebende Frage in dem „officiellen" Organ des Organisationscomités dargestellt wird:

Petites Nouvelles.

> „Dans le *Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften* que nous venons de recevoir de la part de Sir Felix Semon, l'illustre laryngologiste anglais publie un article très vif où il

déclare avoir perdu la patience lors de la décision du XV-ème Congrès d'établir une seule section pour la Laryngologie, la Rhinologie et l'Otologie. Il décrit ses efforts, 25 ans durant, pour obtenir dans tous les Congrès internationaux de Médecine une section indépendante pour la Laryngologie. Et enfin il fait voir que les laryngologistes qui se sont réunis à Londres à propos du jubilé de Garcia ont pensé à un Congrès international de la spécialité; seulement les avis se sont partagés, si l'on devrait faire un Congrès indépendant, ou bien fusionner le Congrès de Laryngologie avec le Congrès d'Otologie déjà existant. Nous ne croyons pas devoir suivre Sir Semon dans la colère qu'il a déchaînée contre le Congrès de Lisbonne et qui a été son „premier mot adressé au Comitée exécutif dont il a accusé“ l'étroitesse de vues dans une lettre que nous ne savions pas destinée à la publicité et où il présentait sa démission au Comité national pour la Grande Bretagne et l'Irlande. Nous ne voulons que relever les faits indiqués plus haut comme étant de nature à atténuer la culpabilité du Comité de Lisbonne et beaucoup d'autres qui démontrent comme c'est une affaire courante celle du rapprochement des trois spécialités.“

„D'abord les Sociétés d'Oto-Rhino-Laryngologie qui sont nombreuses (Breslau, Copenhague, Etats-Unis, Paris, Londres, Rome, Amsterdam, Moscou; pour la seule Oto-Laryngologie Cincinnati, Budapest). Ensuite, les journaux qui pour les trois spécialités en commun paraissent à Bruxelles, Baltimore, St. Louis, Londres, Bordeaux, Paris (deux journaux). Même le journal de Sir Felix Semon ne laisse pas de comprendre l'Otologie, vu qu'il s'adresse à la Laryngologie, à la Rhinologie et aux sciences apparentées. — Enfin, l'exemple d'autres Congrès n'est pas moins justificatif de la décision du Comité de Lisbonne: il faut voir, par exemple, la British Medical Association qui dans sa prochaine réunion annuelle (la 73-ème, Leicester) aura une seule section pour la Laryngologie, l'Otologie et la Rhinologie. C'est l'Association dont l'organe est le British Medical Journal, le même qui nous adressait dernièrement un article sur la question, écrit dans une teinte aussi similaire à ceux de Sir Felix Semon qu'on les dirait tous jaillissant d'une même source. Voilà de quoi justifier la conduite du Comité de Lisbonne. Tout au moins elle est plus justifiée que celle de Sir Semon par la vivacité de son langage et de sa façon de procéder. D'autant plus que,. selon l'importance du travail à faire, les séances seront partagées, lors du Congrès, entre les trois spécialités, desquelles on pourrait même faire des sous-sections. Le but poursuivi par le Comité exécutif a été d'éviter toute confusion dans le Congrès et partant de réduire autant que possible le nombre des sections. La multiplicité des sections, ainsi que le dit le prof. Waldeyer dans la *Berliner medicinische Wochenschrift*, ne fait qu'augmenter la tâche des organisateurs, en spécial le travail du secrétariat général qui ne pourrait être simplifié qu'en faisant comme à Moscou, où les sections étaient à peine au nombre de 12. En tout cas, cette affaire d'expédient du Congrès n'a rien à faire avec la dignité de telle ou telle spécialité. Nous les respectons toutes, nous les plaçons à la hauteur qui leur est due dans le domaine de la médecine, à commencer par la Laryngologie, avec son illustre représentant, Sir Felix Semon.“

Es wäre ganz zwecklos, die Ungenauigkeiten dieser Darstellung eingehend zu widerlegen. Einerseits kennen die Leser des Centralblatts die wirkliche Sachlage, anderseits würde die Widerlegung der irreführenden Schilderung denjenigen Leserkreis nicht erreichen, für welchen die Darstellung des „Bulletin Officiel“ geschrieben ist. Ich begnüge mich daher in aller Kürze folgende Thatsachen zu constatiren:

1. Im allerersten Satze entstellt der anonyme Vertheidiger des Organisationscomités die Sachlage radical, indem er von einer „Section“ für Laryngologie, Rhinologie und Otologie spricht. Der Protest der Laryngologen galt zunächst den Versuchen, uns mit den Zahnärzten in einer Section zu verschmelzen, sodann der Creirung einer Subsection für Laryngo-Oto-Rhinologie. Auch heute noch besteht letztere, wie aus Seite 43 derselben Nummer des „Bulletin Officiel“ hervorgeht, in welcher unter „Petites Nouvelles“ auf Seite 37 von einer „Section“ gesprochen wird.

2. Nicht ich habe den „Zorn entfesselt“ gegen den Lissaboner Congress, sondern das Organisationscomité hat diesen Zorn durch sein Vorgehen mit Nothwendigkeit heraufbeschworen.

3. Wenn der Anonymus von einem „ersten Wort“ spricht, das ich an das Organisationscomité gerichtet hätte, so ist das ebenfalls ganz irreführend. Ich habe mich niemals an die Congressleitung direct gewandt, weil ich, wie ich dies in meinem Demissionsbrief an den Präsidenten des Britischen Vorbereitungscomités wörtlich gesagt habe (vergl. Centralblatt, Januarnummer 1905, Seite 45) es für „unter meiner Würde hielt, eine weitere Modification der Beschlüsse des Lissaboner Comités zu beantragen.“ Meinen Artikel im Briefkasten der Aprilnummer des Centralblatts, auf den sich der Anonymus bezieht, habe ich dem Herrn General-Secretär nur zugesandt, weil ich erfahren hatte (vergl. 196 des Centralblatts) dass sich derselbe darüber beklagt hatte, dass ich die Lissaboner Autoritäten „angegriffen“ hätte, ohne sie hiervon in Kenntniss zu setzen, und weil ich jeden Grund zu weiteren ähnlichen Beschwerden zu vermeiden wünschte. Aus demselben Grunde werde ich dem Herrn General-Secretär auch diesen Artikel zusenden.

4. Völlig unverständlich ist es mir, wie das Organisations-Comité behaupten kann, es habe nicht gewusst, dass mein Demissionsbrief „für die Oeffentlichkeit bestimmt“ sei, während das Postscriptum wörtlich lautete: „Dieser Brief ist nach keiner Richtung hin privat“. („This letter is in no sense a private one“.)

5. Die Aufzählung von Gesellschaften und Journalen, welche sowohl der Laryngologie wie der Otologie gewidmet sind, berührt die vorliegende Frage nicht. Denn abgesehen davon, dass eine grosse Anzahl gerade der wichtigsten und einflussreichsten Journale und Gesellschaften, deren Namen freilich von dem Anonymus nicht gegeben wurden, ausschliesslich laryngologischen*) oder otologischen Zwecken dienen, liegt die Sache so, dass sich das Organisationscomité beim Beginne seiner Thätigkeit gegenüber den von der grossen Majorität der Angehörigen

*) Dass zu den „Verwandten Wissenschaften“, von denen im Titel des Centralblatts die Rede ist, die Otologie nicht gehört, weiss jeder Leser des Blattes. — Die gegentheilige Insinuation des Anonymus ist wirklich schwer verständlich und ebenso schwer verzeihlich.

beider Specialität bestätigten Pariser Beschlüssen (Centralblatt 1905, Seite 45) befand, wonach dieselben die Einrichtung zweier gesonderten Sectionen verlangten, und dass es diese zu Recht bestehende Beschlüsse einfach ignorirt hat.

6. Ebensowenig zutreffend ist der Vergleich der Verhältnisse eines internationalen Congresses mit denen einer alljährlich stattfindenden nationalen Versammlung, wie der British Medical Association. Wenn bei diesen nationalen Vereinigungen das Material für zwei Sectionen nicht ausreicht, so wird kein verständiger Mensch etwas gegen ihre Vereinigung bei solchen Gelegenheiten einzuwenden haben. Gerade umgekehrt aber liegt die Sache bei den internationalen Congressen, wo — wie so oft in diesem Blatte ausgeführt worden ist — das Material jeder der beiden schon bisher bestehenden Sectionen fast ausnahmslos so gross gewesen ist, dass es manchmal nur mit Mühe, manchmal garnicht vollständig bewältigt werden konnte.

7. Der Artikel im British Medical Journal stammt nicht aus meiner Feder. Es gereicht mir aber zur Genugthuung, dass meine Darlegung der Verhältnisse die Redaction des weit verbreiteten englischen medicinischen Blattes von der Gerechtigkeit der Forderungen der Laryngologie überzeugt und sie veranlasst hat, auch vom allgemeinen Standpunkte für dieselbe einzutreten.

8. Die unbestimmten Versprechungen hinsichtlich weiterer Theilung der Specialitäten beim Congresse selbst und die Angabe: dass der Zweck der beliebten Eintheilung der gewesen sei, „Confusion" zu vermeiden, richten sich selbst. Es ist die Aufgabe eines Organisationscomités, um Confusion zu vermeiden, vorher zu organisiren, nicht während der Dauer des Congresses selbst Aenderungen vorzunehmen, die mit grösster Wahrscheinlichkeit Confusion herbeiführen werden.

9. Dass der Anonymus aus dem Artikel Prof. Waldeyer's, der so warmherzig die Forderung der Laryngologie unterstützt, den einen Satz citirt, der aus dem Zusammenhange gerissen, in gegenseitigem Sinne gedeutet werden könnte, ist bezeichnend für die Zuverlässigkeit und die Tendenz des Vertheidigers des Organisationscomités.

10. Wenn schliesslich uns wiederum versichert wird, dass diese „Affaire d'expédient" des Congresses nichts mit der Würde dieser oder jener Specialität zu thun hätte, und dass das Organisationscomité sie alle respectire, so ist das, gerade herausgesagt, eine inhaltlose Phrase gegenüber der thatsächlichen Behandlung, die man der Laryngologie und Otologie hat angedeihen lassen. Das Organisationscomité hat uns zunächst mit den „Stomatologen" zusammengeworfen, und dann ohne die geringste innere Nothwendigkeit uns in die Stellung einer Subsection verwiesen, während allen anderen anerkannten Specialitäten der Rang einer vollen Section zu Theil geworden iat. Warum dieses Vorgehen beliebt worden ist, ist nicht leicht zu sagen. Vermuthlich ist zunächst der von dem Comité selbst angegebene Grund bestimmend gewesen, dass es gewünscht hat, die Anzahl der Sectionen möglichst zu reduciren. Sodann dürften auch locale Gründe eine Rolle dabei gespielt haben. Wie dem aber auch sei, so wäre es sicher das Richtige gewesen, als das Comité auf den einmüthigen Widerspruch der Betheiligten stiess, das begangene Versehen wieder gut zu machen, und, wie Waldeyer das

so richtig ausgedrückt hat: „den Sectionsvorträgen zufriedengestellte Vortragende und aufmerksame Hörer, sowie die Möglichkeit einer eingehenden Discussion zu verschaffen", nicht aber sich eigensinnig in die Beharrung bei den einmal gefassten Beschlüssen zu verbeissen.

Das Gesammtresultat der Unificationsbestrebungen des Lissaboner Comités wird nunmehr einfach das sein, dass es ihm gelungen ist, eine anerkannte Specialität, die bisher im Rahmen der allgemeinen Congresse Tüchtiges geleistet hat, aus diesem Congress vollständig herauszudrängen. Denn welches auch unsere inneren Differenzen über die Räthlichkeit oder Unräthlichkeit der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei diesen Gelegenheiten sein mögen, — darüber sind wir uns alle einig, wie die sämmtlichen bisher gefassten Resolutionen der Specialgesellschaften gezeigt haben, dass wir uns eine untergeordnete Stellung nicht gefallen lassen, und an der von den Lissaboner Herren decretirten Subsection nicht Theil nehmen werden.

Die Frage, was nunmehr geschehen soll, um internationale Zusammenkünfte der Laryngologie zu ermöglichen, ist vorderhand durch eine Einladung der Wiener Laryngologischen Gesellschaft vereinfacht worden. Dieselbe hatte zunächst beschlossen, im Jahre 1908 eine Türckfeier zu veranstalten und hat diesen Beschluss sehr zufriedenstellender Weise kürzlich darin ausgedehnt, dass die Feier nicht nur den Manen Türck's, sondern auch denen Czermak's dienen solle. Gleichzeitig aber ist die Frage angeregt worden, ob diese intime Feier nicht zu einem internationalen Congresse erweitert werden solle. Die Gesellschaft hat sich mit einer bezüglichen vertraulichen Anfrage an die anderen laryngologischen Gesellschaften der Welt gewandt, und sind wir heute schon in der Lage, mittheilen zu können, dass der Vorschlag die Zustimmung der Londoner und der neubegründeten Deutschen Laryngologischen Gesellschaft gefunden hat. Es steht zu hoffen, dass auch die anderen laryngologischen Gesellschaften der Welt die Einladung bejahend beantworten werden, und dass uns bei dieser Zusammenkunft die Gelegenheit geboten werden wird, uns über die künftige Gestaltung unserer internationalen Zusammenkünfte zu verständigen. Dass es einer solchen Verständigung dringend bedarf, geht aus den in dieser Nummer veröffentlichten Aeusserungen Professor B. Fränkel's und Dr. Burger's hervor, in welchem sich die diametral verschiedenen Anschauungen der jüngeren und der älteren Schule deutlich wiederspiegeln.

Persönlich möchte ich die Frage nicht allein auf Grund sentimentaler Erwägungen entschieden wissen, so sehr ich auch Dr. Burger's warmherzige Rücksicht auf verdiente ältere Fachgenossen zu schätzen weiss. Meines Erachtens nach sollte die Erwägung maassgebend sein, dass bei diesen seltenen internationalen Zusammenkünften Gelegenheit geboten werden muss, das gesammte zur Verfügung gestellte Material erschöpfend zu erledigen. Geschieht das in der Weise, dass in Zukunft internationale laryngologische Congresse periodisch ebenso tagen, wie gegenwärtig die otologischen Congresse, so wäre die Frage in einfachster Weise gelöst; verschliessen sich aber, wie dies zu hoffen steht, die Organisationscomités künftiger allgemeiner medicinischer Congresse nicht der Einsicht, dass es im Interesse der Gesammtwissenschaft liegt, den Laryngologen und Otologen im

Rahmen der grossen Congresse von Neuem eine würdige Stellung zu gewähren, so werden wir uns gewiss darüber verständigen können, ob es wünschenswerth sei, wie bisher, zwei getrennte, aber harmonisch zusammenarbeitende, wohl organisirte Sectionen zu verlangen, oder nach dem Burger'schen Vorschlage, eine combinirte oto-laryngologische Section zu beanspruchen, die dann wieder in zwei Subsectionen zu zerlegen wäre. Felix Semon.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **L. Réthi** (Wien). **Betrachtungen anlässlich des hundertsten Geburtstages Garcia's.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1905.*

Würdigung der Bedeutung Garcia's für die Laryngologie und Betrachtungen über die Entwickelung der Laryngologie und ihre Beziehungen zum Gesangsunterricht. HECHT.

2) **John W. Farlow. Manuel Garcia.** *Boston Medical and Surgical Journal. 20. April 1905.*

Verf. giebt in dem anlässlich Manuel Garcia's hundertjährigem Geburtstage erschienenen Artikel einen Ueberblick über die vor diesem gemachten Versuche, beim Lebenden den Kehlkopf der Untersuchung zugänglich zu machen. Er meint, es würde unpatriotisch sein, folgende wahrscheinlich unbekannte Thatsache nicht zu erwähnen: Im Januar 1858 gab Dr. Ephraim Cutter in Woburn, Massachussetts, in Verbindung mit G. B. Clark in Cambridge, dem bekannten Verfertiger von Linsen und Teleoskopen, ein Laryngoskop an, das dem von Bozzini ähnlich war. Es bestand aus zwei Tuben, einer zur Beobachtung und einer zur Beleuchtung, und am pharyngealen Ende befand sich ein Prisma, um die Lichtstrahlen in den Kehlkopf zu concentriren. F. weiss nicht, ob dieses Laryngoskop jemals benutzt wurde. Er stellt folgende Sätze auf: Bozzini war der erste, der die Aufmerksamkeit darauf lenkte, wie wichtig es sei, in die verschiedenen Körperhöhlen Licht zu werfen und dem dies in gewissem Umfange gelang. Babington war in gewissem Sinne der Erfinder der Laryngoskopie. Baumès, Liston und Warden und Avery machten augenscheinlich unabhängige Versuche, den Kehlkopf zu untersuchen. Garcia hat das Verdienst, zuerst ausgedehnte methodische Untersuchungen des gesunden Kehlkopfes gemacht zu haben. Czermak gebührt der Ruhm, die Kenntniss der Methode verbreitet und sie bei Krankheiten angewandt zu haben.

Die Tuben und Specula hatten keinen practischen Erfolg. Die Spiegel Babington's und Liston's und der Beleuchtungsapparat von Avery unterschieden sich nicht so sehr von unseren heutigen Apparaten. Vor Garcia jedoch gab es keine Kenntniss des Kehlkopfes, keine Literatur. Es folgt eine eingehende Würdigung der Verdienste Manuel Garcia's. EMIL MAYER.

3) **Urbano Melzi. Statistik der Krankenbewegung und der ausgeführten Operationen in der Rhinolaryngiatrischen Ambulanz des Istituto di S. Corona beim Ospedale Maggiore in Mailand 1901—1993. (Quadro statistico del movimento degli ammalati e delle operazioni eseguite nell'Ambulanza Rhinolaringoiatrica del Pio Istituto di S. Corona presso l'ospedale Maggiora di Milano nel triennio 1901—1903.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. November 1904.*

Die Zahl der behandelten Kranken betrug 30476, die der ausgeführten Operationen 1075.

FINDER.

4) **Stufler. Klinisch-statistischer Bericht. (Rendiconto clinico-statistico.)** *Arch. di Otologia. V—VI. 1904.*

Der Bericht stammt aus der Gradenigo'schen Privatklinik für Hals, Nasen- und Ohrenkranke in Turin. Die Zahl der klinischen Patienten betrug vom 29. Januar 1900 bis 31. December 1366, die Zahl der ambulant behandelten vom 15. März 1901 bis 30. März 1904 betrug 3103.

FINDER.

5) **Eugen Pollak** (Prag). **Zur Lehre vom Husten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 12. 1904.*

Autor bespricht die verschiedenen Auslösungsorte des Hustens, erwähnt den „Nasen-, Rachen-, Magen-, Uterin- etc. Husten“ und verbreitet sich dann eingehend über den Ohrhusten, und zwar zunächst über die hustenempfindlichen Stellen des äusseren Gehörganges, unter eingehender Erörterung der anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse. Anschliessend berichtet Autor über 3 Fälle von „endotympanalem oder Paukenhöhlen-Husten“, in denen der Husten von der medialen Wand der Paukenhöhle ausgelöst wurde, und knüpft hieran eingehende physiologische und pathologische Betrachtungen, die sich zu kurzem Referate nicht eignen.

HECHT.

6) **J. N. Langley. Ueber das sympathische System der Vögel und die Muskeln, die zur Bewegung der Federn dienen. (On the sympathetic system of birds and on the muscles which move the feathers.)** *Journ. of Physiol. XXX. 3/4. p. 221.*

Aus der eingehenden Untersuchung interessirt hier, dass Reizung des Halssympathicus Blässe der Schleimhaut des Mundes, Contraction der Hautgefässe des Halses, Blässe der Schleimhaut der Nase, geringe Retraction der nasalen Schleimhaut verursacht.

J. KATZENSTEIN.

7) **E. Mongardi. Experimentelle Untersuchungen über die Rhino-oro-pharyngeale Infection. (Esercitazioni sperimentali sulla infezione rino-oro-faringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1904.*

Verf. hat verschiedene Arten von Staphylokokken und Streptokokken, die zumeist von eitrigen Processen in den oberen Luftwegen, z. B. Peritonsillitiden, herstammten, in Reincultur gezüchtet und Hunden und Kaninchen auf die Schleimhaut der Nase, des Mundes, der Tonsillen, der Oberkieferhöhle etc. gebracht. Es zeigte sich, dass die Eitererreger selten über den peripharyngealen Lymphring hinausdringen und dass die Infection am schwersten ist, wenn sie in die Tonsillen

hineingebracht werden. Vielleicht werden in den Lymphorganen die Eitererreger und besonders die Streptokokken allmälig von den Phagocyten vernichtet, indem zuerst die weniger resistenten zu Grunde gehen, während die stärksten einen hohen Grad von Virulenz erreichen und sehr giftige Toxine produciren. Daran schliessen sich Untersuchungen über die chemotactischen Wirkungen der verschiedenen Eitererreger.

FINDER.

8) **Wm. H. Park. Die Bakteriologie von Erkältungen und Grippe. (The bacteriology of colds and grip.)** *N. Y. Medical Record. 18. März 1905.*

Eine der Hauptschwierigkeiten der Untersuchung bestand darin, dass in den oberen Luftwegen von fast allen in New York City lebenden Personen sich die Bakterien fanden, denen eine ätiologische Rolle bei Grippe und Bronchitis zugesprochen wird. Pneumokokken und Streptokokken fanden sich stets im Rachenschleim und auch Influenzabacillen konnten häufig isolirt werden. Es war anzunehmen, dass bei einer Entzündung der Schleimhäute diese Mikroorganismen an Zahl und Virulenz wachsen, jedoch war es sehr schwer, das zu demonstriren. P. kommt zu der Annahme, dass die unter gewöhnlichen Umständen in unserem Rachen sich indifferent verhaltenden Mikroorganismen zu Krankheitserregern werden, wenn die natürliche Widerstandsfähigkeit der Gewebe durch Erkältung herabgesetzt wird. Es ist auch wahrscheinlich, dass bei demselben Mikroorganismus während einer Infection eine Steigerung der Virulenz eintritt und das derselbe, wenn auf einen anderen Hals übertragen, nun mehr geeignet ist, die Krankheit zu erregen, als die in diesem Hals existirenden Mikroorganismen. Bei einer Epidemie wird die Virulenz durch häufige Uebertragungen so gesteigert, dass bei einer gewissen Anzahl von Individuen schon durch die einfache Ansiedelung des Mikroorganismus auf die Schleimhaut die Krankheit hervorgerufen wird. Die Thatsache, dass Pneumokokken, Streptokokken und Influenzabacillen gewöhnlich zusammen vorkommen, macht es schwierig, zu entscheiden, welche ätiologische Rolle jede einzelne von ihnen in einem gegebenen Falle spielt. Aus der Symptomatologie ist diese Frage gleichfalls unentscheidbar. Im Allgemeinen haben die bakteriologischen Untersuchungen in diesen Fällen mehr ein wissenschaftliches, als ein practisches Interesse.

LEFFERTS.

9) **Preobrashenski. Von der Bedeutung der Nase und des Rachens für die Ohren. (O snatschenii nosa i glotki dlja uschei.)** *Wratsch. Gazeta. No. 16. 1904.*

P. fand unter 346 Ohrenkranken 144 mit Affectionen der Nase und des Rachens, d. h. in 40,16 pCt. In 73 pCt. dieser Fälle trat Besserung resp. Heilung der Ohren durch Behandlung der Nase und des Rachens ein. Die Folgerungen aus dieser Erfahrung sind folgende:

1. Bei der Ohrenbehandlung wurden bisher Nase und Rachen nicht genügend beobachtet.

2. Geringe Affectionen der Nase und des Rachens sind für die Ohren nicht weniger gefährlich als hochgradige.

3. In sehr vielen Fällen muss nicht das Ohr, sondern das Nachbarorgan behandelt werden.

P. HELLAT.

10) **Gluck. Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, Pharynx-Oesophagus und der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3 u. 4. 1904.*

Die höchst interessanten Mittheilungen Gluck's gestatten leider wegen der vielen Details hier keine ausführlichere Besprechung, doch sollten dieselben sowohl vom chirurgisch-technischen als auch therapeutischen Standpunkte aus genauer im Original studirt und so Gemeingut aller Laryngologen werden, zumal Gl. mit den einfachsten Mitteln und Methoden Erfolge erzielte, die man bisher nicht für möglich gehalten hatte; zur Erläuterung des Gesagten dienen 5 Tafeln mit vortrefflichen Abbildungen.

SCHECH.

11) **Louis Henry** (Melbourne). **Zahncaries ein Factor in der Entstehung von Krankheiten. (Dental decay a factor in the production of disease.)** *Australasian Medical Gazette. November 1904.*

Verf. führt zahlreiche Beispiele von Fällen an, in denen septische Zustände in der Mundhöhle auf Vernachlässigung der Zähne zurückzuführen waren. Er berichtet ferner über einen Fall von Gastro-Enteritis und peripherer Neuritis an beiden Beinen, der nach 18monatlicher Dauer des Leidens durch Beseitigung der cariösen Zähne völlig geheilt wurde.

A. J. BRADY.

12) **Delie** (Ypres). **Einige schwere Fälle von Nasen- und Mundsyphilis. (Quelques cas graves de syphilis nasale et buccale.)** *La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 9. 1904.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft, Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

13) **W. F. Chappell. Die Affectionen der lymphatischen Organe der oberen Luftwege bei Kindern. (The lymphoid affections of the upper air tract of children.)** *N. Y. Medical News. 14. Januar 1905.*

Verf. bespricht mit besonderer Ausführlichkeit die Hypertrophie der Gaumen- und Rachentonsillen. Bei ersteren weist er auf die Wichtigkeit der oft übersehenen Vergrösserung der Tonsille im frontalen Durchmesser hin. Verf. operirt unter allgemeiner Anästhesie, und zwar verwendet er bei Kindern über 3 Jahren Gas und Aether; bei jüngeren Kindern gebraucht er zur Einleitung der Narkose Chloroform, zur weiteren Narkose Aether, während er Chloroform allein für gefährlich hält.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Alexander Strubell** (Dresden). **Ueber Statistik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 461.*

Auf Prof. Chiari's Klinik wurden unter den ambulanten Fällen der Jahre 1899 bis 1902 (Ende Mai) diagnosticirt unter 271 Empyemen 77 der Kieferhöhle, 154 der Stirnhöhle, 22 der Sieb- und Keilbeinhöhle und 18 combinirte. In der Klinik wurden in derselben Zeit behandelt 13 Empyeme: 3 der Kieferhöhle und 10 der Stirnhöhle. Verf. selbst sah in der Ambulanz 45 Empyeme: 25 der Kiefer-

höhle, 10 der Stirnhöhle, 3 der Siebbein- und Kieferhöhle, 7 combinirte. — Bemerkenswerth ist die geringe Zahl der Siebbeinhöhlenerkrankungen und die starke Betheiligung der Stirnhöhle.

F. KLEMPERER.

15) **A. Onodi. Die Dehiscenzen der Nebenhöhlen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 62. 1903.*

Verf. untersuchte über 4000 Schädel auf das Vorkommen von Dehiscenzen und fand solche in allen Schädeln, an der Lamina papyracea des Siebbeins beispielsweise 18 mal. Bei Erkrankung einer Nebenhöhle können dieselben pathologische Bedeutung gewinnen.

F. KLEMPERER.

16) **L. Polyák** (Budapest). **Fall von latenter multipler Nebenhöhleneiterung mit Knochenblasenbildung, Exophthalmus und Atrophie beider Sehnerven.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 340.*

Der Fall ist bemerkenswerth durch das excessive Wachsthum der eiternden Knochenblase, aus der bei der Operation 150—200 ccm Eiter hervorströmten; ferner durch die Folgestörungen, die in Depression des harten Gaumens und doppelseitigem Exophthalmus mit Erblindung bestanden. Verf. nimmt an, dass der Eiter der Knochenblase sich successive den Weg in die Nebenhöhlen gebahnt und da er nirgends Abfluss fand, diese zur Dilatation gebracht und dadurch die erwähnten Druckerscheinungen herbeigeführt hat.

F. KLEMPERER.

17) **Henrici** und **Haeffner** (Rostock). **Bedingen Eiterungen der Nasennebenhöhle eine Einengung des Gesichtsfeldes?** *Mit 1 Tabelle. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1904.*

Auf Grund ihrer Untersuchungen an 37 Patienten kommen die Autoren zu dem Schlusse, dass „selbst lange bestehende Nebenhöhleneiterungen an sich nicht im Stande sind, Gesichtsfeldeinschränkungen herbeizuführen."

HECHT.

18) **S. D. Risley. Affectionen des Auges in Verbindung mit Erkrankungen der angrenzenden Sinus. (Affections of the eye associated with disease of the contiguous sinuses.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1904.*

In einem Fall von schwerer Asthenopie trat sofort Besserung nach Behandlung eines Siebbeinempyems ein. In einem andern Fall war Hemicranie und partieller Verlust des Sehvermögens auf ein Gummi der Oberkieferhöhle zurückzuführen. Im dritten Fall handelte es sich um eine allgemeine Neuritis mit Ausgang in Erblindung bei Oberkieferempyem; im vierten um chronisches Siebbein- und Keilbeinhöhlenempyem mit secundärer Neuritis, die zu Erblindung des rechten Auges führte.

EMIL MAYER.

19) **L. Phillips. Ueberanstrengung des Auges als ein ursächlicher Factor bei Sinusitis. (Eyestrain as a causative factor in sinusitis.)** *N. Y. Medical Journal. 24. September 1904.*

Verf. führt 10 Fälle an, die beweisen sollen, dass manche Formen von Sinusitis infolge Ueberanstrengung des Auges entstehen. Er räth, neben der sonstigen Therapie auch dafür Sorge zu tragen, dass etwa vorhandene Refractionsstörungen corrigirt werden.

LEFFERTS.

20) A. Logan Turner. **Einige Punkte in der Pathologie der „Knochencysten" in den Nebenhöhlen der Nase. (Some points in the pathology of „bone cysts" in the accessory sinuses in the nose.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Verf. fasst unter der Bezeichnung „Knochencysten" die Fälle von cystenartiger Ausdehnung der Luftsinus zusammen, die als ein von dem Empyem verschiedener pathologischer Zustand aufzufassen sind. Die Schilderung, die Verf. von der Entstehungsweise dieser Knochencysten giebt, deckt sich mit der in einer früheren Arbeit (Edinburgh Med. Journal. October 1903; ref. Centralblatt. Bd. XXI. S. 8.) gegebenen.

EMIL MAYER.

21) D. Bryson Delavan. **Die Prophylaxe der Nebenhöhlenerkrankungen. (The prevention of diseases of the accessory sinuses.)** *N. Y. Medical News. 14. Mai 1904.*

Belladonna oder Aconit und in schweren Fällen von Neuralgie, Phenacetin und Salol sind die vom Verf. bei acuten Empyemen bevorzugten Medicamente. Die locale Behandlung soll schmerzlos und nicht reizend sein. Das Secret soll von der Oberfläche entfernt und ein 2 proc. Cocainspray, darauf ein Adrenalinspray applicirt werden. Der mittels dieser Medicamente bewirkte freie Abfluss des Secrets verhindert gewöhnlich das Chronischwerden der Erkrankung. Die Procedur muss mehrmals täglich vorgenommen werden.

LEFFERTS.

22) E. Fletcher Ingals. **Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Treatment of the suppurative diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1904.*

Eine Zusammenstellung der für die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen allgemein acceptirten Grundsätze.

LEFFERTS.

23) Herbert Tilley. **Einige Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung eitriger Nebenhöhlenerkrankungen. (Some experiences in the surgical treatment of suppurative lesions in the nasal accessory sinuses.)** *Lancet. 21. Mai 1904.*

Verf. giebt die Krankengeschichte zahlreicher typischer Fälle, in denen er operirt hat. In einem acuten Fall von Antrumerkrankung infolge von Zahncaries wurde der Zahn extrahirt, der Alveolarfortsatz angebohrt und die Höhle drainirt. Heilung in wenigen Wochen. Ein zweiter ähnlicher Fall wurde ebenso behandelt. T. giebt eine interessante Schilderung der chirurgischen Behandlung in einigen Fällen von Empyem der Stirn-, Oberkieferhöhle und Siebbeinzellen. Er ist der Ansicht, dass die meisten Fälle von Antrumempyem auf cariöse Zähne zurückzuführen seien.

ADOLPH BRONNER.

24) R. B. Canfield. **Die Anwendung der conservativen und radicalen Chirurgie bei chronischer Erkrankung der Nasennebenhöhlen. (The application of conservative and radical surgery to chronic nasal accessory sinus disease.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904. N. Y. Medical News. 16. Juli 1904.*

In neun Zehntel der uncomplicirten Fälle führt die conservative Methode

zum Ziel, mit der daher stets ein gründlicher Versuch gemacht werden soll. Die Schwierigkeit der Heilung steht nicht in directem Verhältniss zur Dauer der Erkrankung. Am befriedigendsten vollzieht sich die Drainage des Antrum von der Nase aus. Die häufigste Ursache der Chronicität in obstinaten Fällen ist eine Ethmoiditis. Die Keilbeinhöhle ist in einer grossen Procentzahl der Fälle leicht von der Nase aus zugänglich und kann in 90 pCt. der Fälle sondirt werden. Die beste radicale Methode für das Antrum ist die modificirte Caldwell-Luc'sche, für die Stirnhöhle die Killian'sche. Grosse Sorgfalt muss man bei der Stirnhöhlenoperation auf das Auge verwenden. Zufälle, die seitens desselben drohen, sind: 1. Diplopie infolge Verlustes der Trochlea. 2. Herabsetzung des Sehvermögens entweder infolge extraoculärer Ursachen (Lacrimation, Conjunctivitis) oder intraoculärer Ursachen (Iritis, Neuroretinitis).

LEFFERTS.

25) **A. Strubell. Ueber die Beziehungen der Gefässe der Kieferhöhle zu denen der Zähne.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Jahrg. 38. No. 6. S. 249.*

Verf. injicirte unter Benutzung der Tändler'schen Jodnatrium-Gelatine-Berlinerblau-Masse von den Aa. alveolares post. aus, fixirte in Formol, entkalkte in Salpetersäure mit nachfolgender Alaunbehandlung nach Schaffer, bettete die für Schnittserien bestimmten Stücke in Celloidin ein und schnitt die Serien z. T. 50, z. T. 20 μ dick. Er kommt zu dem Resultate, dass die Ernährung der Kieferhöhlenschleimhaut, der Spongiosa des Kieferknochens und der Alveolen mit den Zähnen von einem dreifachen, eng unter sich anastomosirenden Netze von Gefässen aus geschieht. Die genauere mikroskopische Untersuchung an geeigneten pathologischen Präparaten behält sich Verf. vor.

J. KATZENSTEIN.

26) **B. de Nevrezé. Die chronischen Eiterungen der Oberkieferhöhle. (Les suppurations chroniques du sinus maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Bei der Frage nach der Art der Behandlung spielt die Aetiologie der Erkrankung, ob dentalen oder nasalen Ursprungs, keine Rolle, sondern es ist nur die Dauer derselben in Betracht zu ziehen. Bei den frischen Fällen kommt nur die medicamentöse Therapie in Betracht; von den für die alten Fälle mit Granulationen in Betracht kommenden Operationsmethoden giebt Verf. der von Sebileau den Vorzug, die eine Modification der Desault'schen darstellt. Verf. vergleicht die hierbei erzielten Resultate mit denen der endonasalen Behandlung und führt 15 Fälle an.

A. CARTAZ.

27) **Buys. Behandlung der chronischen Sinusitis maxillaris. (Traitement de la Sinusitis maxillaire chronique.)** *La Clinique. No. 19. 1904.*

In der Sitzung vom 1. April 1904 des „Cercle Médical" von Brüssel hält B. einen Vortrag über die Behandlung der chronischen Sinusitis maxill., er bespricht die Entstehungsweisen der Sinusiten, die Differentialdiagnose zwischen Empyem, bei welcher die Schleimhaut nicht oder kaum verändert ist und bei einigen Ausspülungen zur Heilung gelangt, und der chronischen wahren Sinusitis, bei welcher die Schleimhaut tiefe Veränderungen erleidet, und nur durch eine energische Intervention, gründliche Curettage u. s. w. zur Heilung gebracht werden kann. Er bespricht schliesslich noch die verschiedenen Heilmethoden und zwar a) die

verschiedenen Ausspülungsmethoden, b) die Radicaloperation, die dem Leser dieser Zeilen zur Genüge bekannt sein dürften.

BAYER.

28) **G. Gavello. Die conservativen Behandlungsmethoden der chronischen Oberkieferempyeme. (I metodi conservativi di cura delle sinusiti mascellari croniche.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. u. III. 1905.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen Methoden der Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz, dem unteren und mittleren Nasengang her, schildert dann ausführlich die Methoden von Réthi, Claoué Escat und giebt zum Schluss eine detaillirte Beschreibung der von ihm empfohlenen Modification nebst der angegebenen Instrumente. Das Verfahren eignet sich besonders für mittelschwere Fälle, für die die Anbohrung vom unteren Nasengang oder der Alveole aus nicht mehr genügt, die aber noch nicht die Radicaloperation nach Caldwell-Luc erfordern; er schliesst sich ziemlich genau an die Vorschriften von Claoué und Réthi an. An Stelle des Krause'schen Troikarts bedient sich Verf. eines Instruments, das gleichzeitig wie ein solcher wirkt und wie ein Dilatator nach Art eines Craniotoms. Die allgemeinen Grundsätze, zu denen Verf. gelangt, sind folgende: 1. Bei chronischen Oberkieferempyemen mit sicheren schweren Läsionen der Schleimhaut und des Knochens ist bei Individuen in guten Alters- und Ernährungsbedingungen die Caldwell-Luc'sche Radicaloperation indicirt. Ist diese nicht ausführbar, so kann man auf andre conservative Methoden zurückgreifen, ganz besonders aber auf die Methode von Réthi und Claoué. 2. Bei chronischen Sinusitiden ohne schwere Veränderungen der Schleimhaut kann man, falls sie dentalen Ursprungs sind, Anbohrung vom Alveolarfortsatz versuchen. Wo man damit keine Heilung erzielt, ist das Réthi-Claoué-sche Verfahren angebracht. 3) Bei denselben Sinusitiden, aber nasalen Ursprungs und bei Individuen mit gesunden Zähnen, wähle man zwischen dem Krause'schen und dem Réthi-Claoué'schen Verfahren.

FINDER.

29) **F. Kretschmann** (Magdeburg). **Beitrag zur Operation des Kieferhöhlenempyems.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Bericht über eine Modification der Bönninghaus-Luc'schen Methode, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

30) **H. Halász** (Mikolcz). **Nekrose des oberen Kieferbeines infolge von Periostitis dentalis chronica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 354.*

Fall von tiefer Nekrose mit Ausstossung grösserer Sequester. Die gewöhnliche Ursache dieser Affection beim Erwachsenen, wie Lues, ferner Trauma, Phosphor-, Quecksilber- oder andere Intoxication, endlich Diabetes, Scrophulose oder andere Allgemeinkrankheit lag nicht vor, so dass die Zahnerkrankung, welche sonst nur oberflächliche Kieferbein-Nekrosen bedingt, als Ursache anzusehen ist.

F. KLEMPERER.

31) **Treitel** (Berlin). **Ueber syphilitische Nekrose des Oberkiefers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 394.*

Reactionslose Bildung eines grösseren Sequesters; Abscessbildung durch

Secundärinfection von der Nase aus. Heilung nach Entfernung des Sequesters unter Schmiercur, jedoch ohne dass die Sequesterhöhle zum Verschluss kommt.

F. KLEMPERER.

32) **B. Gomperz** (Wien). **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Kieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 348.*

Bei der Nachbehandlung einer vom unteren Nasengang aus eröffneten Highmorshöhle verlor G. den behufs Cocainisirung in die Perforationsstelle eingeführten Wattepinsel. Er gewann ihn nach längeren Bemühungen wieder, indem er beim Ausspülen der Höhle mit der Spritze plötzlich kräftig aspirirte; die mit angezogenem Stempel rasch zurückgezogene Spritze trug den Wattebausch fest in die Canüle angesaugt.

F. KLEMPERER.

33) **J. Kirschner** (Berlin). **Das Endotheliom (Cylindrom) des Antrum Highmori.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 1. H. 1. S. 1. 1903.*

Die Arbeit giebt die sehr eingehende und sorgfältige histologische Untersuchung zweier von Dr. Jansen operirter Fälle; die Details entziehen sich der Wiedergabe im Referate und müssen von Interessenten im Original studirt werden. — In klinischer Hinsicht sei bemerkt, dass sich in Fall 1 der Tumor wie ein gutartiger verhielt, in Fall 2 die Höhlenwand durchbrochen und die Nachbargebiete ergriffen wurden, indessen trotz jahrelangen Bestehens keinerlei Generalisationen im Organismus, keinerlei Metastasen auftraten, die Malignität des Tumors also thatsächlich mehr eine locale war.

F. KLEMPERER.

34) **Brindel. Epitheliom der rechten Nasenhöhle und der Oberkieferhöhle. (Epithéliome de la fosse nasale et du sinus maxillaire droits.)** *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. 26. Februar 1904. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. No. 12. 1904.*

Es handelte sich um einen Mann, bei dem die rechte Wange eine dunkelrothe ödematöse Schwellung darbot, in der sich verschiedene Fistelgänge befanden; intensive Jodbehandlung brachte zuerst Besserung. Der intranasale Tumor erwies sich als ein Epitheliom, das in die Kieferhöhle hineinragte. Resection des grössten Theiles des rechten Oberkiefers. Vorläufig anscheinende Heilung.

E. J. MOURE.

35) **Hegetschweiler** (Zürich). **Ueber Cholesteatom der Kieferhöhle.** (Autoreferat nach Vortrag in der „Gesellschaft der Aerzte in Zürich".) *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 8. 1905.*

In 2 Fällen entwickelte sich im Anschluss an die wahrscheinlich zu eng gewordene Bohröffnung (vom Alveolarrand aus) das Cholesteatom. Die cholesteatomatösen Massen wurden mit einer Trephine „gleichsam herausgestanzt" und so beide Fälle bald zur Heilung gebracht.

In der Discussion, welche Prof. Ernst beherrschte, wird neben der gewöhnlichen obigen Erklärungstheorie der sog. primären Cholesteatome Lucae's und Urbantschitsch's gedacht. Diese sollen ohne Trommelfellperforation entstanden sein, was immerhin zweifelhaft sein kann, da es sich denken lässt, dass

eine enge Perforation später so verwachsen sein konnte, dass keine Spur von ihr makroskopisch zu entdecken war (Ref.). Ernst beschreibt und demonstrirt ferner ähnliche Bildungen im Uterus, Ovarien, Hoden, Parotis. Auch spricht er von Epithelcysten, welche aus traumatisch versenktem oder aus von Granulationen überwuchertem Epithel entstehen, wonach sich überall, wo Epithel vorkommt, Epithelperlen bilden können. Ernst zieht den Namen „Perlgeschwulst" vor, da das Cholestearin für diese Gebilde nicht geradezu charakteristisch und obligatorisch sei.

JONQUIÈRE.

36) **Harris Peyton Mosher. Die angewandte Anatomie der Stirnhöhle. (The applied anatomy of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Das Material für diesen Aufsatz stammt aus dem Buch über die Anatomie der Nebenhöhlen von Sieur und Jacob, sowie aus einem Studium an 100 Köpfen und 50 präparirten Schädeln im Laboratorium der Harward Medical School. Die Abbildungen sind Originalzeichnungen. Besonders berücksichtigt ist die Anatomie des Bodens der Höhle. Das Ganze ist eine These zur Aufnahme in die American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

37) **A. Onodi. Bildungsanomalie der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 363.*

Abbildung zweier Schädel mit einem nach hinten ziehenden Recessus der Mündungsgegend der Stirnhöhle.

F. KLEMPERER.

38) **Eschweiler** (Bonn). **Ueber die Radicaloperation wegen chronischen Empyems der Stirnhöhle nach Killian. (On the radical operation for chronic empyema of the frontal sinus according to Killian.)** *Archives of Otology. October 1904.*

Verf. fügt den bereits mitgetheilten Fällen noch 8 weitere hinzu und beschreibt genau den Gang der Operation. Die Entfernung des Bodens der Höhle ist bisweilen sehr schwierig. Dieser Theil der Operation ist sehr vereinfacht, wenn die Ablösung des Periosts des Orbitaldachs an der Trochlea nicht unterbrochen ist. Wenn man die Verbindung der Obliquussehne mit dem Periost sorgfältig erhält und dann die Trochlea in toto ablöst, so ist die Gefahr einer permanenten Functionsstörung sehr gering. Nach Resection des Processus frontalis des Oberkiefers dürfen die adhärirenden Knochenstückchen nicht fortgebrochen werden, damit der Thränensack nicht verletzt wird. Polypen und Hypertrophien in der Nase werden am besten vor der Sinusoperation beseitigt.

EMIL MAYER.

39) **Paul S. Mertens. Empyem der Stirnhöhle mit consecutivem Abscess des Stirnlappens; Operation; Tod infolge Lungenhypostase. (Empyema of frontal sinus, followed by extradural abscess of frontal lobe; operation and death from hypostatic congestion of the lungs.)** *N. Y. Medical Record. 7. Mai 1904.*

Patient war ein 40jähriger Mann. Es bestand ein Abscess in der Gegend der Glabella, nach dessen Incision sich Eiter entleerte. Die Sonde kam auf nekrotischen Knochen und schien an manchen Stellen in die Schädelhöhle einzudringen. Es wurde die Diagnose auf einen extraduralen Abscess gestellt, was sich bei der

Operation als richtig erwies. Nach Entfernung des nekrotischen Knochens kam man in die linke Stirnhöhle, die mit Eiter erfüllt war. Einige Tage später wurde aus der rechten Stirnhöhle gleichfalls Eiter mittels der Aspirationsspritze entleert. Nachdem der Zustand des Patienten ungefähr eine Woche lang sich gebessert hatte, trat eine Verschlimmerung durch beginnende hypostatische Pneumonie ein, an der Patient dann auch schliesslich zu Grunde ging. LEFFERTS.

40) **A. L. Whitehead** (London). **Fall von rechtsseitigem Stirnhöhlenempyem, Empyem der rechten Keilbeinhöhle, beider Oberkieferhöhlen und beider Siebbeinlabyrinthe. (A case of empyema of the right frontal sinus, of the right sphenoidal sinus of both antra of Highmore and of the ethmoidal cells on both sides.)** *Archives of Otology. Mai 1904.*

Nach Radicaloperation erfolgte Heilung. Verf. weist darauf hin, wie wichtig es ist, in jedem Falle von multiplen Nasenpolypen genau auf Empyem der Highmorshöhlen zu untersuchen. EMIL MAYER.

41) **Robert H. Craig. Empyem der rechten Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen, mit völligem Verschluss der rechten Choane. (Empyema of the right sphenoidal cavity and posterior ethmoidal cells associated with complete occlusion of the right posterior naris.)** *Montreal Medical Journal. November 1904.*

Es handelte sich um ein $7^1/_2$ Jahre altes Kind mit eitrigem Ausfluss aus Nase und Ohren. Um die Verlegung der Nase zu beseitigen, musste zunächst die Muschel entfernt und die Septumverbiegung operirt werden. EMIL MAYER.

42) **G. Bartha** und **A. Onodi. Primärer Krebs der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 167.*

Mittheilung eines Falles. F. KLEMPERER.

43) **De Stella. Einige Bemerkungen über die Chirurgie der Siebbeintumoren. (Quelques considérations sur le traitement chirurgical des tumeurs des fosses nasales.)** *La Belgique méd. No. 43. 1904.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen rhino-oto-laryngologischen Gesellschaft vom 11. und 12. Juni 1904. BAYER.

44) **A. Onodi. Das Verhältniss der hintersten Siebbeinzelle zu den Nervi optici.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 259.*

O. hat früher darauf hingewiesen, dass die hinterste Siebbeinzelle in enger Beziehung steht mit dem Canalis opticus und mit dem Sulcus opticus und dass dementsprechend nicht nur die Keilbeinhöhlenerkrankungen, von denen dies allgemein bekannt ist, sondern auch die Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle in causalem Zusammenhang mit Sehstörungen stehen. Auf Grund einer Beobachtung, deren Präparat er in Abbildung demonstrirt, zeigt Onodi jetzt, dass es sich bei einseitiger Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle auch um doppelseitige Sehstörungen handeln kann, indem die grosse hinterste Siebbeinzelle durch eine papierdünne, gemeinschaftliche Wand von dem Chiasma und den beiden Nervi optici extra- und intracanaliculär geschieden ist. F. KLEMPERER.

45) **S. Citelli. Cylindrom des Sinus sphenoidalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. H. 2. S. 252.*

Die Neubildung, die sich histologisch als „ein Endotheliom mit hyaliner Degeneration, d. h. ein Cylindrom" erwies, war von ausgesprochener Malignität; sie durchbrach die vordere Wand des Sinus sphenoidalis, breitete sich in der Nasenhöhle aus und griff die Schädelhöhle an, wodurch Neuritis optica und Exophthalmie, ferner Otitis media entstanden.

F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **G. B. Wood. Die Function der Tonsille. (The function of the tonsil.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. October 1904.*

Die histologische Untersuchung hat den Verfasser zu folgenden Ergebnissen geführt: Die älteren Formen von Leukocyten stammen durch continuirliche Entwickelung von den jüngeren Lymphocyten. Verfasser ist der Ansicht, dass die lymphoiden Zellen als eine jüngere Form der Leukocyten zu betrachten ist, die fähig ist, zu wachsen und gewisse morphologische Veränderungen einzugehen. Die Lymphocyten stammen ursprünglich von den epithelialen Gebilden. In dieser Beziehung spielt die Thymusdrüse die wichtigste Rolle. Neuere Untersuchungen haben die directe Umwandlung von Epithel in Lymphocyten in der Thymus nachgewiesen. Es lässt sich auch der sichere histologische Nachweis führen, dass Lymphocyten direct von dem Epithel der Tonsillenkrypten herstammen. Bei der Entwickelung der Tonsille findet ein Hineinwachsen von Epithel in das mesodermische Gewebe statt, bevor in dieser Region irgendwelche Lymphzellen sichtbar sind. Die ersten Lymphocyten in der Tonsille finden sich direct um dieses hineingewachsene Epithel herum; sie sind charakterisirt durch anastomosirende Protoplasmafortsätze. Sorgfältige histologische Untersuchungen haben Verfassser davon überzeugt, dass dem Epithel der Krypten eine ausgesprochene Tendenz zu constantem Wachsthum innewohnt. Dies zeigt sich in dem Eindringen der Epithelzellen in das Tonsillenparenchym und die Bildung von Hornmassen im Lumen der Krypten. Es giebt auch Uebergangsformen, an denen alle Uebergänge zwischen Epithel und Lymphocyten sich studiren lassen, und die Variationen im Typus der letzteren sind besonders in der Region des Kryptenepithels ausgesprochen. Der Grad der Infiltration des Epithels hat keine Beziehung zu dem Krypteninhalt. Auf der anderen Seite zeigen die wachsenden Epithelsprossen so viel, wenn nicht mehr Infiltration, wie die wahren Krypten. Die völlige Vernichtung des Kryptenepithels ist ein seltenes Vorkommniss, indem stets eine genügende Anzahl von Epithelzellen zurückbleibt, um eine intacte Barrière längs der Oberfläche gegen das Kryptenlumen hin zu bilden. Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Verfasser die Frage, ob die Tonsille eine primäre Quelle der Leukocytose darstellt, in bejahendem Sinn beantworten zu müssen. Damit ist ihre Rolle im Haushalt des Organismus erklärt. Die Tonsillen nehmen die Function der Thymus auf, wenn diese ihre Involution eingegangen ist.

LEFFERTS.

47) **Jonathan Wright. Autoclasis der Tonsillen. (Autoclasis of the tonsils.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Es ist eine bekannte Thatsache, dass beim Uebergang in das erwachsene Alter oder am Ende der Kindheit die lymphatischen Hypertrophien in Nase und Pharynx die Tendenz haben, sich zurückzubilden. Es besteht die begründete Ansicht, dass der Hauptfactor bei diesem Vorgang in dem Verschwinden der Lymphzellen aus ihren erweiterten Canälen besteht. Das stimmt überein mit der allgemeinen Abnahme im Metabolismus der Gewebe, wenn das Wachsthum sistirt. Der Metabolismus des Abbaus überwiegt über den des Anbaues. Wachsthum und Zurückgang des lymphoiden Gewebes ist daher nur eine Episode im physiologischen Leben des menschlichen Körpers.

EMIL MAYER.

48) **Ricciardelli. Ueber die Hypertrophie der Tonsillen. (Sull'ipertrofia delle tonsille.)** *Caserta. Juli 1904.*

Verfasser hat den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Tonsillen (Gaumen-, Rachen- und Zungentonsille) studiren und prüfen wollen, ob die Hypertrophie der Gaumentonsillen einem allgemeinem Lymphatismus entspricht oder nur eine circumscripte Veränderung darstellt.

Die Arbeit umfasst acht klinische Beobachtungen und zahlreiche an Hunden ausgeführte bacteriologische und histologische Untersuchungen. Verfasser gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Hypertrophie der Tonsillen ist fast stets der Ausdruck einer lymphatischen Constitution. Auch die anderen Tonsillen, die den Waldeyer'schen Schlundring bilden, nehmen daran theil, ebenso wie die nächst gelegenen Lymphdrüsen. In die Tonsillen inoculirte Mikroorganismen gehen mit grösserer Leichtigkeit in die näheren submaxillaren Drüsen als in die Follikel des Waldeyer'schen Schlundrings über. In seltenen Fällen kann auf die Abtragung der Gaumentonsillen eine Hypertrophie der Rachen- oder Zungentonsille folgen. Die Entfernung beider Gaumentonsillen beim Hunde ist nicht indifferent, die Hälfte der operirten Thiere stirbt nach mehr oder weniger langer Zeit.

FINDER.

49) **G. Finder. Ein weiterer Beitrag zu den Lipomen der Gaumenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 159.*

Der blassrothe glatte Tumor, von der Grösse und Form der Endphalanx eines kleinen Fingers, bestand zum grössten Theil aus Fettgewebe, dann Bindegewebe und in geringstem Maasse aus lymphatischem Gewebe (Lympho-Fibro-Lipom). Die Sondenuntersuchung nach der Abtragung des Tumors ergab, dass derselbe nicht, wie es vorher schien, vom oberen Pol der Mandel ausging, sondern dass er von der Mandel selbst getrennt unmittelbar über ihr in der Fossa supratonsillaris inserirte.

F. KLEMPERER.

50) **William W. Carter. Knochengeschwulst in der Tonsille. (Growth of bone in the tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Fälle, in denen der Processus styloideus bis zur Tonsille reicht und in ihr eingeschlossen ist, haben Newcomb, Richards, Stirling u. A. berichtet. Fälle von Knochenbildung in der Tonsille selbst sind mehrfach in der Literatur

mitgetheilt; sie haben kein klinisches Interesse, da irgendwelche Symptome nicht verursacht werden und werden stets nur zufällig entdeckt. Für den Pathologen haben diese Fälle jedoch ein hervorragendes Interesse. Zwei Theorien sind zu ihrer Erklärung aufgestellt worden: 1. Dass die Knochenbildung in Folge von Entwickelungsveränderungen in den Ueberbleibseln des zweiten Kiemenbogens entsteht und 2. dass sie durch metaplastische Veränderungen des Bindegewebes der Mandel hervorgebracht wird.

Der Fall des Verfassers betrifft eine 22jährige Frau, die an häufiger Peritonsillitis litt. Als nach Abtragung der rechten Tonsille Verfasser auch die linke entfernen wollte, stiess er in derselben auf eine harte Masse; er stellte mit der Sonde fest, dass diese frei beweglich war und mit dem Knochenskelett nicht zusammenhing. Mittels Kornzange und Scheere wurde die Tonsille entfernt. Die harte, einem fibrösen Tonsillargewebe gleichende Masse enthielt im Centrum eine solide, fast von einem Ende zum andern reichende solide Substanz; die Maasse betrugen: 2 cm in der Länge, 1,2 cm in der Breite und 0,6 cm in der Dicke. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Knorpel und Knochen. Verfasser glaubt aus der Betrachtung seines und der in der Literatur berichteten Fälle schliessen zu können, dass der Knochen durch metaplastische Veränderungen des Bindegewebes entsteht.

LEFFERTS.

51) **Ziegner. Instrumenteller Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Tonsillarabscesse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1904.*

Z. empfiehlt zur Probepunction und Eröffnung der peritonsillären Abscesse eine Lanzennadel, stumpf-winklig gebogen. Ref. bedient sich dazu seit 20 Jahren eines gracilen Kehlkopfmessers, das dieselben Dienste leistet.

SCHECH.

52) **Thèrenot. Actinomycose der Tonsille. (Actinomycose de l'amygdale.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 110. 1904.*

Bei einem 44jährigen Mann, der an chronischer Tonsillitis litt, zeigten sich die Erscheinungen einer acuten eitrigen Mandelentzündung. Es trat im Anschluss daran auch eine Vereiterung der submaxillaren Lymphdrüsen auf. Der fötide Eiter enthielt Actinomyces-Pilze. Therapie bestand in breiter Eröffnung und innerlich Jodkali.

A. CARTAZ.

53) **Edwards H. Shields. Primäre Syphilis der Tonsille. (Primary syphilis of the tonsil.)** *Cincinnati Lancet. Clinic. 9. April 1904.*

Bericht über einen Fall bei einer Frau.

EMIL MAYER.

54) **Reimann** (Posen). **Untersuchungen über Tuberculose der Gaumentonsillen.** *Dissert. Greifswald 1904.*

Die Untersuchung der aus der Lungenheilanstalt Kottbus stammenden Fälle lehrt, dass bei den mit alter Spitzentuberkulose behafteten jungen Mädchen und Frauen, alle Patientinnen, deren Sputum Tuberkelbacillen enthielt, auch Tuberkel in den Mandeln sich fanden und dass auch bei 6 pCt. ausgesprochene Mandeltuberkulose bestand, ohne dass überhaupt Sputum ausgeworfen ward. In einem

Falle sah Reimann nach Entfernung der tuberkulösen Mandel den Stumpf frei von Tuberkulose.

SEIFERT.

55) **Wróblewski. Zur Casuistik der bösartigen Neubildungen der Gaumentonsillen. (Przyczynek do nauki o nowotrovach slosliwych migdalkór podniebiennych.)** *Gaz. Lek. 30. 1904.*

Verfasser beschreibt 11 Fälle von derartigen Neubildungen, von denen 9 bei Männern, 2 bei Frauen vorkamen. Es waren 4 Sarkome, 1 Lymphosarkome, 6 Carcinome. Davon waren 7 auf der linken, 4 auf der rechten Tonsille. Was das Alter der Frauen betrifft, so war die eine 26, die andere 36 Jahre alt. Von den Männern war der jüngste 36, der älteste 70 Jahre alt. Indem der Verfasser sich auf eigene Beobachtungen und diejenigen der fremden Autoren stützt, kommt er zum Resultate, dass der operative Weg zweifelhaft und jedenfalls nicht immer angezeigt sei. Arsenik als allgemein stärkendes Mittel ist stets angezeigt.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **T. Collins Warren. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 9. März 1905.*

Pat. war eine 38jährige Frau. Es wurde ein ausgedehnter Schnitt vom Mundwinkel zum Kinn und von dort nach hinten und aufwärts zum äusseren Gehörgang geführt. Bei der Entfernung des Tumors wurde auch die Epiglottis und ein Theil der Glottis auf der rechten Seite mit fortgenommen. Recidiv nach einem Jahr. Der Tumor war ein kleinzelliges Rundzellensarkom.

EMIL MAYER.

57) **L. S. Somers. Spontane Tonsillarblutung. (Spontaneous tonsillar hemorrhage.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1904.*

Die 75jährige Patientin hatte 2 Tage, nachdem sich spontan ein Peritonsillarabscess entleert hatte, eine starke Blutung aus der Tonsillargegend. Es wurde mit dem Finger die Carotis der betreffenden Seite comprimirt. Mit 2 Fingern der anderen Hand wurde ein Druck oberhalb der Tonsille ausgeübt, indem die Gaumenbögen zusammengedrückt wurden. Gleichzeitig wurde eine gesättigte Tanninlösung applicirt, innerlich Strychnin und Ergotin gegeben. Nach einer halben Stunde hörte die Blutung auf. Eine Untersuchung am nächsten Tage zeigte, dass die Blutung aus der Arterie des vorderen Gaumenbogens gestammt hatte, die durch die Eiterung arrodirt war.

LEFFERTS.

58) **L. C. Cline. Schwere Blutung nach Tonsillotomie. (Grave hemorrhage following Tonsillotomy.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Bei einem 5jährigen Knaben entstand nach der Tonsillotomie eine fast tödtliche Blutung; es stellte sich heraus, dass es sich um einen Bluter handelte.

EMIL MAYER.

59) **E. Bergh** (Malmö). **Ueber einen Fall von nervösen Störungen nach einer Tonsillotomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1904.*

Bei einem 7jährigen, nervösen Mädchen trat nach beiderseitiger Tonsillotomie und anschliessender Adenotomie — wobei die ganze Rachenmandel in toto entfernt

wurde — ein mehrere Tage sich des öfteren wiederholendes, heftiges, krampfartiges Würgen mit Blutungen aus dem Nasenrachenraum und zeitweisem Erbrechen auf. Die Blutung wurde durch Styptica gestillt, die Würgeanfälle nahmen allmählich an Intensität und Frequenz ab und sistirten nach 3 Tagen.

HECHT.

60) **E. E. Straw. Ein neues Tonsillotom. (A new tonsillotome.)** *The Journal of the American Medical Association. 22. October 1904.*

Das Instrument stellt im Wesentlichen eine doppeltgekrümmte Scheere dar.

EMIL MAYER.

61) **Rosenfeld** (Berlin—Bad Salzbrunn). **Ein verbessertes Tonsillotom.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1904.*

Um bei der Entfernung der zweiten Tonsille das lästige Umdrehen des Tonsillotoms nach Entfernung der ersten Tonsille zu vermeiden, ist das empfohlene Tonsillotom zweischneidig gearbeitet und nach beiden Seiten gedeckt. Durch Umklappen der einen Deckung lässt es sich leicht reinigen.

ALBANUS (ZARNIKO).

d. Diphtherie und Croup.

62) **J. de Haan** (Weltevreden, Java). **Diphtherie in den Tropen. (Diphtheria in the tropics.)** *Janus. October 1904.*

In The Journal of tropic. Med. 1904, No. 9, sagt Castellani, dass in Java Diphtherie unbekannt sei. Die Diagnose werde zwar von den Aerzten gestellt, allein die bakteriologische Untersuchung ergebe immer negative Resultate. Verf. hat 1902 in den Pseudomembranen einiger Diphtheriekranken aus Weltevreden den Löffler'schen Bacillus bakteriologisch, sowie durch Impfung von Meerschweinchen nachgewiesen. Auch in diesem Jahre hatte die bakteriologische Untersuchung eines Falles aus Tjimahi positiven Erfolg. Es kommt also auf Java echte Diphtherie vor.

H. BURGER.

63) **Denys** (Löwen). **Diphtheritis und antidiphtheritisches Serum. (Diphtérie et Serum antidiphtéritique.)** *Annales de l'Institut Clin. de Bruxelles. No. 7. 1904.*

D. bespricht zuerst die Art und Weise der Wirkung des Löffler'schen Bacillus und die Wirkungsweise des antidiphtherischen Serums und kommt darauf zu den practischen Schlussfolgerungen, wann soll man injiciren und wie viel soll man injiciren?

Der Artikel deckt sich mit dem von De Stella (Gent) über Toxine und Antitoxine, über welchen eingehend hier referirt wurde.

BAYER.

64) **C. C. Roehr. Die Vermeidung unangenehmer Resultate bei Antitoxingebrauch. (To prevent the disagreable results of using antitoxin.)** *Chicago Medical Record. 15. Januar 1905.*

Die unangenehmen Resultate bestehen in Empfänglichkeit für einen zweiten Anfall, Oedem, Urticaria und Arthritis. Um dem ersteren vorzubeugen, gebe man kleine, aber häufig wiederholte Dosen, so dass die Krankheit geheilt, aber nicht

coupirt wird. Den anderen Nebenwirkungen des Serums soll vorgebeugt werden können durch innerliche Darreichung von Jodkalium. EMIL MAYER.

65) **B. Franklin Roger. Die Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Proceedings of the Philadelphia County Medical Society. 28. Februar 1905.*

Eine sorgfältige statistische Arbeit. Verf. betont besonders, dass es nothwendig sei, eine dem Grade der Membranbildung und ihrer Localisation entsprechende Dosis Antitoxin anzuwenden. Grosse Dosen müssen bei Diphtherie der Nase, des Nasenrachens und des Kehlkopfes gegeben werden. Verf. spricht auch für umfangreichere Verwendung des Serum zu prophylactischen Zwecken.

EMIL MAYER.

66) **F. Wesener** (Aachen). **Die Resultate der prophylaktischen Impfung mit Diphtherieheilserum im städtischen Krankenhause zu Aachen.** *Mit 5 Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1905.*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Autor zu dem Schlusse, dass die prophylactische Impfung mit Diphtherieheilserum einen positiven Erfolg ergebe. Der durch sie erreichte Immunisirungsschutz sei zwar kein absoluter, aber doch ein recht sicherer; die Dauer des Schutzes erstrecke sich im Mittel auf etwa 3—4 Wochen. Der Verlauf bei an schutzgeimpften Personen auftretender Diphtherie sei meistens ein sehr leichter. Zur Schutzimpfung genügten bei kleinen Kindern meistens 200 I.-E., doch seien grössere Mengen, etwa 300—400 I.-E., zweckmässiger. Eine ausgedehnte Schutzimpfung sei nach jeder Richtung hin empfehlenswerth. Betreffs der Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

67) **P. H. Mc. Govern. Eine Betrachtung über Kehlkopfdiphtherie nebst Bericht über Fälle. (A review of laryngeal diphtheria and report of cases.)** *Wisconsin Medical Journal. Januar 1905.*

Antitoxin wirkt absolut specifisch. Es werden grosse Dosen empfohlen und, wenn der Zustand des Patienten es erfordert, soll die intravenöse Methode angewandt werden. EMIL MAYER.

68) **Dante Pacchioni. Betrachtungen über diphtherische Larynxstenosen bei Kindern unter 2 Jahren und Vorschlag einiger Modificationen bei ihrer Behandlung. (Considerazioni sulle laringostenosi difteriche nei bambini al di sotte dei 2 anni e proposta di alcune modificazioni al sistema della loro cura.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juli 1904.*

Im Kinderspital zu Florenz wurden vom October 1894 bis 15. April 1903 mittels Tracheotomie und Intubation im Ganzen 162 diphtheriekranke Kinder im Alter von 0—2 Jahren behandelt; die Mortalität betrug bei den mit primärer Tracheotomie behandelten 67,5 pCt., bei der secundären Tracheotomie 72,1 pCt., bei der Intubation, die nur bei Kindern von 1—2 Jahren vorgenommen wurde, 41,6 pCt. Diese hohe Sterblichkeit ist nicht auf eine geringere Wirksamkeit des Serums in diesem Lebensalter, sondern auf ein heftigeres Auftreten der Krankheit

zurückzuführen. Der Werth der Tracheotomie wird dadurch paralysirt, dass bei Kindern unter 2 Jahren verhältnissmässig sehr häufig im Anschluss daran Bronchopneumonie auftritt; bei der Intubation wird der Tod meist durch Bronchopneumonie oder durch Larynxgeschwüre verursacht. Verf. setzt in ausführlicher Weise den Mechanismus auseinander, wie sowohl nach der Tracheotomie, wie nach der Intubation die Bronchopeumonie zu Stande kommt. Um die Sterblichkeit herabzusetzen, räth er den Tubus nur so lange Zeit in situ zu lassen, als nöthig ist, um die Luftwege von den Membranen zu befreien und die spasmodischen Erscheinungen zu überwinden; man solle diese Zeit aber auf das Nothwendigste beschränken, um die Gefahr einer Entstehung von Bronchopneumonie oder Ulcerationen herabzumindern. Verf. hat so die Tuben oft nur wenige Stunden liegen lassen; während dieser Zeit ist keine Ernährung nöthig, wodurch eine Hauptursache für die Pneumonie beseitigt wird. Zur Verwendung kam meist das O'Dwyer'sche Modell. Die Patienten bekamen meist grosse Bromdosen; daneben wurde Serum in reichlichen Dosen angewandt. Unmittelbar nach der Extubation wurden die Kinder eine Zeit lang in einem mit Wasserdampf erfüllten Raum gehalten. Traten nach 3—4 Tagen immer noch Suffocationsanfälle auf, so wurde zur secundären Tracheotomie geschritten, desgleichen wenn auch nur das leiseste Anzeichen einer beginnenden Ulceration vorhanden war. Ein nach 3—4 Tage lang fortgesetzter Intubation auftretender Laryngospasmus spricht meist für beginnende Ulcerationen; fährt man trotzdem mit der Intubation fort, so können schwere Geschwürsbildungen die Folge sein. Nach diesen Grundsätzen wurden vom 14. April 1903 bis 15. April 1904 37 Kinder im Alter von 0—2 Jahren wegen Kehlkopfdiphtherie behandelt. Es starben davon 11 (29,7 pCt.). Bei 18 Kindern wurde die secundäre Tracheotomie nöthig.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

69) **W. G. B. Harland. Der Kehlkopf bei beginnender Lungentuberculose. (The larynx in beginning pulmonary tuberculosis.)** *American Medicine. 25. Juni 1904.*

Geringfügige Zeichen, wie Congestion oder Anämie, können bei sorgfältiger Untersuchung des Larynx bereits den Verdacht auf eine beginnende Mitaffection desselben lenken.

EMIL MAYER.

70) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren und zur Frage des künstlichen Aborts.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 7. 1905.*

Autor berichtet über einen Fall von Kehlkopf-Lungenphthise, bei dem im dritten Monat der Abort eingeleitet wurde. Nach dem lege artis verlaufenen Abort setzten abendliche Temperatursteigerungen ein, das Befinden der Patientin verschlechterte sich und 3 Monate später erfolgte der Exitus. Löhnberg erörtert die einschlägige Literatur und giebt der Ansicht Ausdruck, dass die Beobachtung weiterer einschlägiger Fälle wohl zu dem Urtheil führen dürfte, dass ebenso, wie

Herz- und Lungenkrankheiten, auch die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren den künstlichen Abort nicht indicire.

HECHT.

71) **Krause** (Berlin). **Bemerkungen zur Therapie der Larynxtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1904.*

Krause bespricht kritisch die Resultate der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose, mit der er nach wie vor gute Resultate erzielte. Die vielfach berichteten Misserfolge führt er auf mangelnde Technik oder ungenügendes operatives Vorgehen zurück. Auch im zweiten und dritten Stadium der Kehlkopfphthise müssen wir unter Berücksichtigung und Hebung des Allgemeinbefindens energisch vorgehen und alles Erkrankte beseitigen; auf diese Weise gelingt es uns oft, eine ausgedehnte Vernarbung zu erzielen und bei sehr vorgeschrittenen Fällen wenigstens die Beschwerden des Kranken zu mildern, durch Beseitigung der Respirations- oder Schluckhindernisse das Allgemeinbefinden zu bessern und das Leben des Kranken zu verlängern. Pathologie und Technik werden eingehend in der Arbeit erörtert.

HECHT.

72) **E. A. Mac Donald. Fortschritte in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The progress and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *South California Practitioner. Januar 1905.*

Verf. wendet den Formalinspray an; er empfiehlt für Kehlkopftuberculose das Klima von Südkalifornien.

EMIL MAYER.

73) **E. S. Bullock. Bedingungen für den Erfolg bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Elements of success in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Monthly Encyclopedia of Practical Medicine. März 1905.*

Verf. stellt folgende Grundsätze auf: Vermeidung jeder Irritation, Vermeidung operativer Maassnahmen, Beharrlichkeit in der Behandlung, Anwendung eines sehr diffundirbaren baktericiden Mittels. Er wendet local eine schwache Formaldehydlösung an.

EMIL MAYER.

74) **Sinclair Tousey. Die Behandlung der Kehlkopf- und Prostatatuberculose mit Röntgenstrahlen, hochfrequenten Strömen und Cooper-Hewitt-Licht. (The treatment of tuberculosis of the larynx and of the prostate gland by the X-Ray, high-frequency currents and the Cooper-Hewitt light.)** *N. Y. Medical Record. 3. September 1904.*

Verf. hat mehrere zufriedenstellende Resultate durch eine Combination der in der Ueberschrift genannten Methoden zu verzeichnen. Er giebt einen detaillirten Bericht und beschreibt einen Apparat.

LEFFERTS.

75) **J. Sorgo** (Alland). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht, nebst einem Vorschlag zur Behandlung derselben mit künstlichem Lichte.** (Vortrag, geh. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 20. Januar 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1905.*

Der Kranke lässt die Sonnenstrahlen durch einen Toilettenspiegel, der an einem Holzgestell verstellbar angebracht ist, in seinen geöffneten Mund reflectiren.

Nachdem er sich an seinem Spiegelbilde überzeugt hat, dass sein Rachen gut beleuchtet ist, führt er den Kehlkopfspiegel ein und trachtet nun, ein möglichst hell erleuchtetes Kehlkopfbild im Spiegel einzustellen, was selten auf grössere Schwierigkeiten stösst. Der Einfluss der Sonnenbestrahlung äusserte sich sowohl auf diffuse Infiltrate, Tuberculome und Ulcerationen. Vorherige Adrenalinpinselung macht eine intensive Tiefenwirkung der Strahlen möglich. Oedematöse Zustände bilden eine Contraindication. Diese Behandlungsmethode hat auch eine günstige psychische Wirkung. Die jeweiligen Spiegelungen dauerten von 10 Minuten bis zu einer halben Stunde mit häufigen tage- und wochenlangen Zwischenpausen. Als Ersatz des Sonnenlichts kämen auch parallel verlaufende Strahlen von einem Finsenapparat in Betracht.

In der Discussion über diesen Vortrag empfiehlt Prof. S. Exner anstatt Glas- Metallspiegel zu verwenden.

CHIARI-HANSZEL.

76) **Lothar Runwald** (Heilanstalt Alland). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1905.*

Die nach der Sorgo'schen Methode mit Sonnenlicht bestrahlten Patienten wiesen fast sämmtlich eine bedeutende Besserung des Kehlkopfbefundes auf. Am Günstigsten werden durch das Sonnenlicht die tumorartigen Infiltrate beeinflusst, während die diffuse, stark geröthete Infiltration der Stimmbänder schwerer und weniger rasch zu beeinflussen ist. Das Bestehen einer ödematösen Schwellung im Bereiche des Larynx bietet eine Contraindication für die Sonnenbehandlung. Bezüglich weiterer Details und der eingehend beschriebenen Technik muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

77) **Bulling** (Bad Reichenhall). **Inhalation von phenylpropiolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Bericht über 50 weitere mit obiger Methode erfolgreich behandelte Fälle.

HECHT.

78) **Marcel Lermoyez** (Paris). **Die Indicationen der Tracheotomie bei Kehlkopftuberculose. (Les indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée.)** *Presse médicale. 3. u. 10. December 1904.*

Nachdem Verf. eine sehr anschauliche Schilderung der beiden klinischen Formen der Kehlkopftuberculose entworfen hat, der dyspnoischen und der dysphagischen, je nachdem die Affection ihren Sitz an der Glottis oder dem Larynxeingang hat, betont er die Nothwendigkeit, bei der ersten Form die Tracheotomie vorzunehmen. Die Gefahren der Bronchopneumonie können übrigens in ähnlichen Fällen vermieden werden, wenn man dafür Sorge trägt, dass kein Blut in die Luftwege gelangt. Verf. empfiehlt, langsam zu operiren mit sorgfältiger Unterbindung aller Gefässe.

Was die Dysphagie anbetrifft, so wird sie durch die Tracheotomie und die dadurch bewirkte Ruhigstellung des Kehlkopfs stets gebessert; Verf. ist der Meinung, dass die Tracheotomie indicirt ist bei Dysphagie, auch wenn sie nicht durch die Dyspnoe gebieterisch verlangt wird.

Wenn die Indicationsstellung L.'s für die dyspnoische Form undiscutabel ist, so ist sie nur sehr schwer für die Dysphagie anzunehmen. Eine Operation, wie die Tracheotomie wird die wahrscheinliche Lebensdauer des Patienten herabsetzen; die Canüle wird seine Leiden vermindern, aber auch abkürzen. PAUL RAUGÉ.

79) **Jallieis. Tracheotomie wegen Kehlkopftuberculose. (Trachéotomie pour tuberculose laryngée.)** *Soc. centrale de méd. du Nord. 23. December 1904.*

Im Jahre 1903 hatte J. eine an beginnender Larynxtuberculose ohne nachweisbare Lungenerkrankung leidende Patientin in Behandlung. Eine locale und allgemeine Behandlung besserte die Patientin, die das Krankenhaus in befriedigendem Zustand verliess. Sie kehrte 6 Monate später mit Dyspnoe und Dysphagie wieder; jeden Augenblick traten Erstickungsanfälle auf. Obwohl die Patientin schliesslich an zunehmender Lungentuberculose zu Grunde ging, brachte die Tracheotomie eine sehr erhebliche vorübergehende Besserung. A. CARTAZ.

80) **Hödlmoser** (Sarajevo). **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im Larynx.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Bei einem 9jährigen Knaben blieb vor sechs Tagen ein Stück Knochen im Halse stecken, weswegen heftige Athembeschwerden bestanden. Es gelang ohne Cocainisirung den Fremdkörper mit der Larynxpincette aus der Glottis zu entfernen. Bemerkenswerth ist die lange Dauer des Verweilens bei der für den kindlichen Larynx immerhin beträchtlichen Grösse des Fremdkörpers sowie die Möglichkeit, ihn in einer einzigen Sitzung ohne Anästhesie zu entfernen. CHIARI.

81) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie wegen Fremdkörper in den Luftröhren. (Bronchoscopy for foreign bodies in the bronchial tubes.)** *Illinois Medical Journal. December 1904.*

Fall I. Zweijähriges Kind hat vor 2 Tagen eine Kaffeebohne aspirirt. Es wurde die Tracheotomie gemacht. Mittels der Bronchoskopie wurde der Sitz des Fremdkörpers festgestellt und dieser entfernt. Das Verfahren nahm 15 Minuten in Anspruch. Das Kind starb am nächsten Tag.

Fall II. Zweijähriges Kind hat ein grosses Getreidekorn aspirirt. Bronchoskopie ohne vorhergehende Tracheotomie. Mittels einer electromotorisch betriebenen Saugpumpe wurde das Secret entfernt. Das Korn war zu gross, um durch den Tubus entfernt werden zu können, wurde aber mit diesem zugleich herausbefördert. Die erforderliche Zeit betrug 50 Minuten. Heilung. Verf. braucht stets dabei Chloroform. EMIL MAYER.

82) **D'Astros** und **Molinié. Fremdkörper des rechten Bronchus, mittels der directen Bronchoskopie extrahirt. (Corps étranger de la bronche droite, extraction par bronchoscopie directe.)** *Marseille méd. 1. December 1904.*

Ein 11jähriges Kind aspirirt einen Korkstöpsel. Alle Zeichen wiesen darauf hin, dass der Fremdkörper im rechten Lungenlappen sass. Man dachte daran, sofort die Bronchoskopie vorzunehmen, allein der Zustand des Patienten war so alarmirend, dass man 10 Tage wartete. Nach vorangegangener Tracheotomie ohne Chloroform wurde unter Cocain-Anästhesie ein Tubus in den rechten Bronchus

eingeführt. Heftige Reflexe nöthigten, den Tubus wieder herauszuziehen. Auch am nächsten Tage musste man aus demselben Grunde den Tubus zurückziehen; unmittelbar danach aber wurde bei einem heftigen Hustenstoss der Fremdkörper und eine Quantität Eiter herausgeschleudert. Schnelle Heilung. A. CARTAZ.

83) **A. Jeffries Wood** (Melbourne). **Ein Nagel im rechten Bronchus neun Monate lang; Heilung. (A tack in the right bronchus for nine months; recovery.)** *Australasian Gazette.*

Pat. war ein 5 jähriger Knabe; 6 Monate vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus hatte er einen Nagel aspirirt. Es traten Hustenanfälle, Anzeichen von rechtsseitiger Pneumonie auf. Eine Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in der Höhe der VI. Rippe, rechts neben der Wirbelsäule. Obwohl der Pat. noch 3 Monate lang im Hospital blieb, wurde kein Versuch gemacht, den Fremdkörper zu entfernen. Glücklicherweise hustete er ihn aus und genas so. A. J. BRADY.

84) **Guisez. Fremdkörper des rechten Bronchus mittels der Bronchoskopie extrahirt. (Corps étranger de la bronche droite extrait par la méthode de la bronchoscopie.)** *Société de chirurgie. 19. Februar 1905.*

Der Fremdkörper war ein Zweifrankstück. PAUL RAUGÉ.

85) **Sidney Jankauer. Fremdkörper im Bronchus; Entfernung mit Hülfe des Bronchoskops; Heilung. (Foreign body in the bronchus; removal with the aid of the bronchoscope; recovery.)** *N. Y. Medical Record. 11. Februar 1905.*

Pat. war ein 10 Monate altes Kind, das einen Apfelsinenkern aspirirt hatte. Weder bei der sehr schwierigen Laryngoskopie noch bei der Digitaluntersuchung konnte der Fremdkörper entdeckt werden. Die rechte Thoraxseite blieb beim Athmen zurück, es war über derselben ein schwaches inspiratorisches Pfeifen zu hören. Vier Stunden nach dem Unfall wurde die Tracheotomia inferior gemacht. Von der Tracheotomiewunde aus wurde das Bronchoskop bis zur Bifurcation vorgeschoben. Man sah den Fremdkörper mit dem einen Ende im rechten Bronchus eingekeilt, mit dem andern in der Trachea. Er konnte durch das enge Lumen des Bronchoskops nicht entfernt werden, so dass dieses und der Fremdkörper zusammen extrahirt wurden. Der Apfelsinenkern war 17 mm lang, 6 mm breit und 5 mm dick. Nach Einlegung einer Tracheotomiecanüle vollzog sich die Heilung ungestört.

LEFFERTS.

86) **W. B. Thistle. Bericht über einen Fall von Verlegung eines Hauptbronchus durch einen Schuhknopf. (Report of a case of obstruction of main bronchus by a shoe button.)** *Canadian Practitioner and Review. März 1905.*

Ein 8jähriges Mädchen wurde im Krankenhaus aufgenommen und an Pneumonie behandelt. Es wurde wegen Empyem operirt mit negativem Befund und ohne Erfolg. Zwei Monate später wurde bei einem Hustenanfall ein Schuhknopf zu Tage gefördert. Völlige Wiederherstellung. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

87) **Arnold Josefson** (Stockholm). **Zwei Fälle von Myxödem. (Tva fall af Myxödem.)** *Hygiea. S. 995. September 1904.*

Der erste Fall betraf einen 44jährigen Arbeiter, der in den letzten 7 Jahren gemerkt hatte, dass die Hände, Füsse und die oberen Augenlider zuweilen anschwollen. Objectiv sah man, dass die Gesichtshaut blass und ödematös in der Nähe der Augen war. Pat. war stumpfsinnig; — die Haut war kalt und trocken. Nach Gebrauch von Thyreoidintabletten wurde sein Zustand bedeutend besser; es stellte sich reichlicher Haarwuchs ein — und er fühlte sich warm und schwitzte.

Der andere Fall betraf eine 43jährige Frau, die 11—12 Jahre lang an ausgesprochenem Myxödem gelitten hatte. Heilung durch Thyreoidintabletten.

E. SCHMIEGELOW.

88) **Brissaud** und **Bauer** (Paris). **Basedow'sche Krankheit complicirt mit asthenischer Bulbospinalparalyse. (Syndrome de Basedow compliqué d'une paralysie bulbe-spinale asthénique.)** *Société de névrologie. 1. December 1904.*

Vorstellung eines eine weibliche Patientin betreffenden Falles.

PAUL RAUGÉ.

89) **R. Thienger** (Nürnberg). **Einige Beobachtungen über Möbius' Antithyreoïdin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Bericht über 4 mit obigem Serum behandelte Fälle, 3 weibliche und 1 männlicher Patient. Bei den 3 weiblichen Patienten, von denen bei 2 vorwiegend nervöse Symptome vorherrschten, brachte das in relativ geringen Mengen verabreichte Serum hauptsächlich eine subjective Besserung des Allgemeinbefindens, ferner eine Hebung des Körpergewichtes und ein Absinken der Pulsfrequenz; die Struma blieb in allen 3 Fällen unbeeinflusst; der bei 2 Patientinnen bestehende Exophthalmus blieb gleichfalls unverändert. Fall 4 (männlicher Patient) bot einen plötzlich einsetzenden und rasch verlaufenden Basedow; hier brachte das Serum einen vorzüglichen Erfolg mit auffallendem Rückgang sämmtlicher Krankheitssymptome.

HECHT.

90) **H. Hempel** (Marburg). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoïdinserum (Möbius).** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Unter Hinweis auf die Theorie, dass „Morbus Basedowii und Myxödem in ätiologischer Beziehung gegensätzliche Krankheiten sind", und dementsprechend das im Blute von Basedowkranken circulirende Gift möglicherweise dadurch unschädlich gemacht werden kann, dass man den Kranken Milch oder Serum von Thieren einverleibt, die man zuvor durch Entfernung der Schilddrüse myxödemartig krank gemacht hat, berichtet Hempel in extenso über einen einschlägigen Fall, der auf obiges Serum mit einer bedeutenden Besserung reagirte (Kleiner- und Weicherwerden der Struma, Herabminderung der Tachycardie, Zurückgeben des Exophthalmus, Hebung des Allgemeinbefindens.)

HECHT.



g. Oesophagus.

91) **Hugo Starck** (Heidelberg). **Bericht über ösophagoskopische Diagnostik.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Nach Besprechung der Geschichte der Oesophagoskopie eingehende Erörterung der Technik, der diagnostischen und differentialdiagnostischen Verwerthbarkeit dieser Untersuchungsmethode, sowie Beschreibung des Instrumentariums.

HECHT.

92) **Ludwig Steiner** (Leipzig). **Ueber einen Fall von Mitbewegung der Sonde synchron den Athembewegungen bei Oesophaguscarcinom.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Bei einem an einem tiefsitzenden Oesophaguscarcinom erkrankten Patienten „rückte die eingeführte Sonde bei Inspiration deutlich tiefer (wurde quasi aspirirt), bei Exspiration höher". Die Section ergab eine feste Verlöthung des Oesophagus mit dem Zwerchfell; hierdurch erklärt sich das Symptom der Mitbewegung der Sonde beim Ein- und Ausathmen. „Am Hiatus oesophag. bildete der Oesophagus mit dem Zwerchfell eine compacte Masse mit vollständiger Verwischung der Organgrenzen. Das Zwerchfell war an dieser Stelle in eine einzige, grosse Tumormasse umgewandelt, die mit der des Oesophagus zusammenfloss."

HECHT.

93) **Kramer-Petersen** (Kopenhagen). **Ein Fall von idiopathischer Oesophaguserweiterung. (Et Tilfaelde af idiopathisk Oesophagusdilatation.)** *Ugeskrift for Läger. p. 392. 1904.*

Bei einem 16jähr. gesunden Manne stellten sich ohne nachweisbare Ursache plötzlich Schlingbeschwerden ein. — Die genossenen Nahrungsmittel blieben zuerst in der Nähe der Cart. thyreoidea stecken, gelangten jedoch, nachdem einige Mundvoll erbrochen waren, in den Magen. Im Laufe von 14 Jahren stellten sich starke Schleimabsonderung, Erbrechen und nach den Mahlzeiten auftretende Brustschmerzen ein; 42 cm von den Zahnreihen bleiben alle Instrumente stecken. — Nach Eingiessen von Wismuth zeigt die Röntgenphotographie eine Erweiterung, die $^1/_2$ l fassen konnte.

E. SCHMIEGELOW.

94) **Lotheissen** (Wien). **Anaesthesie bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere der Speiseröhre.** *Wiener klin. Rundschau. No. 44. 1904.*

Das lösliche salzsaure Anaesthesin ersetzt das Cocain, ist ungiftig, löst sich in Wasser und ist in dieser Lösung haltbar, lässt sich sterilisiren und ist bedeutend billiger als Cocain. — In Verwendung kam stets eine $^1/_2$ proc. Lösung in folgender Form zu subcutaner Injection:

Rp. Anaesthesini hydrochlor. 0,5
Morph. hydrochlor. 0,02
Natr. chlorat. 0,25
Aqu. sterilis. 100,0.

Zur Bepinselung der Schleimhäute setzt L. dieser Lösung noch 1 g Adrenalin hinzu.

CHIARI

95) **Carl E. Black. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Februar 1905.*

In den beiden mitgetheilten Fällen wurde die Diagnose durch Röntgenstrahlen bestätigt. Vf. betont den Werth der Untersuchung mit dem Fluorescenzschirm während der Operation.

LEFFERTS.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 72. Jahresversammlung der British Medical Association.

Oxford 27. bis 29. Juli 1904.

Section für Laryngologie und Otologie.

Erster Sitzungstag.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Der Vorsitzende begrüsst in einer einleitenden Ansprache die aus Amerika, Canada, Berlin, Paris und Budapest erschienenen Gäste.

Onodi (Budapest) hat einen Vortrag geliefert, der in englischer Uebersetzung von Jobson Horne gelesen wird, über: „Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprungs infolge Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen".

Die Resultate, zu denen O. auf Grund seiner Untersuchungen gelangt, sind folgende: Zur besseren Kenntniss der noch nicht genügend aufgeklärten Beziehungen zwischen Läsionen des Sehnerven und Nasenerkrankungen müssen rhinologische und ophthalmologische Untersuchungen Hand in Hand gehen. Nach O.'s Erfahrungen bedarf die gewöhnliche Meinung betreffs jener Beziehungen in mancher Hinsicht einer Correctur, besonders in Bezug auf die Rolle, die dabei den hinteren Siebbeinzellen zufällt. Das Verhältniss der hintersten Siebbeinzelle zum N. opticus erklärt die häufigen negativen Fälle in Bezug auf Sehstörungen bei Empyem, Caries und Necrose der Keilbeinhöhle. In Fällen von naher Beziehung zwischen Keilbeinhöhle und N. opticus können Verschiedenheiten in der Dicke der Keilbeinhöhlenwand in der Höhe des Foramen opticum eine Bedeutung bei dem Weiterschreiten des Processes haben. In den Fällen, wo die hinterste Siebbeinzelle die Wand des Canalis opticus bildet, kann die ausserordentliche Dünnheit dieser Scheidewand die Ausbreitung des Processes begünstigen. Die im Canalis opticus und in der vorderen seitlichen Wand der Keilbeinhöhle beschriebenen Fissuren können die directe Ursache von Perineuritis optica und intracraniellen und meningealen Symptomen sein. Die Ophthalmologen, die am besten die verschiedenen Ursachen für Neuritis optica und Sehnervenatrophie kennen, werden im Stande sein, festzustellen, ob einseitige Sehstörungen bei Keilbeinhöhlenerkrankung als charakteristisch betrachtet werden können, wie dies Lapersonne und Mendel gethan haben. O. giebt nach seinen eigenen Untersuchungen folgende Erklärung für einseitige Sehstörung in causalem Zusammenhang mit Nebenhöhleneiterung: In erster Linie muss betont werden, dass, wenn eine einseitige

Sehstörung auf eine Eiterung in den benachbarten Höhlen hinweist, ein causaler Zusammenhang nicht ausschliesslich auf die Keilbeinhöhle bezogen zu werden braucht, sondern auch die hinterste Siebbeinzelle muss in Betracht gezogen und einer genauen Prüfung unterzogen werden. Eine enge Beziehung auf beiden Seiten entweder zur Keilbeinhöhle oder hintersten Siebbeinzelle ist selten. In den meisten Fällen findet man entweder auf der einen Seite die Keilbeinhöhle und auf der andern die hinterste Siebbeinzelle in Beziehung zum Canalis opticus oder diese Beziehung besteht nur auf einer Seite, sei es zur Keilbeinhöhle oder zur hintersten Siebbeinzelle. In Fällen von gekreuzter Amaurose hat Halsted einen Durchbruch in die andre Keilbeinhöhle und eine lange bestehende Neuritis gezeigt; um dieses auffallende Zusammentreffen zu erklären, nimmt Hepburne an, dass zuerst eine Thrombose der Vena centralis bestand; in den analogen Fällen von Sargent F. Snow mag die Amaurose darauf zurückzuführen gewesen sein. Beide Hypothesen sind nicht plausibel. Dass gekreuzte Amaurose so entstehen kann, ergiebt sich aus O.'s Betrachtungen, nachdem nachgewiesen war, dass eine ausgedehnte rechte hinterste Siebbeinzelle in Contact mit beiden N. optici kommen kann, in den erwähnten Fällen, wo gleichzeitig ein Empyem der hintersten Siebbeinzelle bestand. Auch eine derartige Anomalie kann vorkommen, dass die hinterste Siebbeinzelle auf der anderen Seite einen Semicanalis ethmoidalis hat. Im Allgemeinen werden doppelseitige Sehstörungen als intracranielle angesehen, wenn auch die Möglichkeit einer beiderseitigen Keilbeinhöhlenaffection zugegeben wird. Wenn auch in den meisten Fällen eine doppelseitige Sehstörung intracraniellen Ursprungs sein wird, so muss man doch daran denken, dass nicht nur die Keilbeinhöhle, sondern auch die hinterste Siebbeinzelle in enger Beziehung zum N. opticus stehen kann; es kommt daher für eine beiderseitige Sehstörung nicht nur eine beiderseitige Keilbeinhöhlenerkrankung, sondern auch eine beiderseitige Siebbeinerkrankung ätiologisch in Betracht. Nach O.'s Beobachtungen kann es sich auch bei doppelseitigen Sehstörungen um eine einseitige Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle handeln, indem die beschriebene grosse Siebbeinzelle durch eine papierdünne gemeinschaftliche Wand von dem Chiasma und beiden Nervi optici getrennt sein kann.

Zweiter Sitzungstag.

Vorsitzender: Charters J. Symonds.

Die Discussion über „Aetiologie, Behandlung und Prognose von gutartigen Kehlkopfgeschwülsten" wird eröffnet von

Dundas Grant: Viele Geschwülste im Kehlkopf hängen so eng mit Entzündungsprodukten zusammen, dass sie von ihnen nicht unterschieden werden können und sich in ihrer anatomischen Structur ihnen gleich verhalten. Ihre Verschiedenheit hängt im Wesentlichen davon ab, welche Elemente in der zusammengesetzten Structur der Kehlkopfschleimhaut hauptsächlich afficirt sind. Unter den gewöhnlichsten Kehlkopfgeschwülsten sind Papillome (Pachydermia verrucosa), im Wesentlichen identisch mit Pachydermie, wie sie sich in den charakteristischsten Formen am Processus vocalis und in der Interarytaenoidfalte

findet. Andere Geschwülste, wie Fibrome, Fibro-Papillome, Fibro-Adenome, Cysten und Angiome lassen sich ebenfalls als Producte von entzündlichen Vorgängen erklären. Diejenigen Theile der Stimmlippen, die der grössten Erschütterung und Reibung ausgesetzt sind, wie die Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel (der häufigste Knotenpunkt während der Phonation), die Processus vocales und die Interarytaenoidgegend neigen am meisten zu chronischen Entzündungen und Neubildungen. Im Interarytaenoidraum ist das Resultat eine diffuse Verdickung (Pachydermie), am Processus vocalis das typische pachydermische Knötchen. An der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Stimmlippe kann ein „Sängerknötchen", ein grösseres oder kleineres Papillom, meist von weicher Beschaffenheit, ein breit oder gestielt aufsitzender Polyp mit ausnahmsweise drüsiger Structur seinen Sitz haben. Die Hauptursachen für Reizung des Larynx sind Ueberanstrengung oder falscher Gebrauch der Stimme und reizende Dämpfe oder staubige Luft: Auch übermässiges Rauchen, besonders von Cigarretten spielt eine Rolle. Auch eine zu Mundathmung führende Nasenverstopfung sowie eitrige Absonderung in der Nase können mit dazu beitragen.

Die Prognose hängt von der Zugänglichkeit der Tumoren für die Maassnahmen zu ihrer Entfernung und von der Möglichkeit, prädisponirende und excitirende Ursachen zu vermeiden, ab. Wenn die Geschwülste nicht entfernt werden, neigen sie zu Wachsthum und können ein Atemhinderniss abgeben. Spontanes Verschwinden kommt bei Papillomen vor; es kann aber nicht darauf gerechnet werden. Was die Recidive anbetrifft, so neigen nach Grant's Erfahrung gestielte Tumoren, die in der vorderen Commissur sitzen, nicht dazu, während bei solchen, die an der Verbindungsstelle zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Stimmlippe breitbasig aufsitzen, ein Recidiv sehr wahrscheinlich ist, ebenso bei multiplen Papillomen.

Die Frage nach der Transformation gutartiger Geschwülste in bösartige knüpft sich besonders an die Papillome, die an exponirten Körperstellen die Tendenz haben, unter fortgesetzter Reizung sich in Epitheliome umzuwandeln. Die Semon'sche Sammelforschung hat ergeben, dass für den Larynx dies sehr selten zutrifft. Die Thatsache, dass eine Transformation bei 211 Fällen, bei denen keine Operation vorausgegangen ist und bei 249 Fällen, bei denen nicht operirt worden ist, je einmal vorkommt, spricht zu Gunsten der Operation. In den wenigen von Fauvel berichteten Fällen war nach der Entfernung der Geschwulst noch lange fortgesetzte Cauterisation mit Argent. nitr. gemacht worden.

Behandlung: Diese braucht nicht immer nothwendig operativ zu sein. Völlige Vermeidung aller reizenden und prädisponirenden Ursachen, z. B. absolutes Stillschweigen oder Flüstersprache einige Monate hindurch genügt bisweilen in Fällen von sehr kleinen auf Ueberanstrengung der Stimme zurückführenden Knötchen. Vermeidung von Staub und Rauch, Enthaltung von Alkohol und Tabak sind gleichfalls werthvolle prophylactische und therapeutische Factoren. Von vitaler Bedeutung ist die Correctur von Fehlern in der Stimmbildung. G. spricht sich sehr günstig über die von Holbrook Curtis angerathenen Stimmübungen aus und über eine methodische Atmungsmethode bei dem Gebrauch der Stimme. Daneben können gelegentlich Adstringentien angewandt werden.

Bei anderen Geschwülsten ist die Entfernung die einzige Behandlung, die in Betracht kommt; sie soll per vias naturales ausgeführt werden. Die Form des angewandten Instruments richtet sich nach der speciellen Erfahrung des Operateurs, sowie nach dem Sitz und der Natur der zu entfernenden Geschwülste. In England scheint man am meisten Modificationen von Morell Mackenzie's Instrumenten zu bevorzugen.

Zur Zerstörung des Stumpfes sind verschiedene Caustica angewandt worden, so Silbernitrat, Formalin, Chromsäure, Trichloressigsäure oder Salicylsäure; letztere eignet sich nach G.'s Erfahrungen besonders für Papillome. Neuere Erfahrungen haben ihn sehr für die Anwendung des galvanocaustischen Spitzbrenners eingenommen. Erwähnt muss auch die Methode werden, die darin besteht, dass ein tubenartiges Instrument mit scharfem Fenster so eingeführt wird, dass die Geschwulst — meist Papillome bei Kindern — von diesem Fenster gefasst und beim Zurückziehen der Röhre abgeschnitten wird. Tracheotomie hat bisweilen bei Kindern zum Verschwinden der Papillome geführt.

Cysten auf der lingualen Fläche der Epiglottis können abgerissen oder an anderen Stellen mittels des galvanocaustischen Messers incidirt werden; letzteres Instrument kann auch zur Zerstörung von Angiomen benutzt werden.

Die von Scanes Spicer empfohlene Combination der localen Anästhesie mit Chloroformnarkose hat zur Verbesserung der Technik beigetragen. G. hat auch die Anwendung von Mount Bleyer's Epiglottisheber als sehr nützlich befunden. Die Kirstein'sche Autoskopie ist für Geschwülste, die nahe dem Kehlkopfeingang sitzen, gut anwendbar.

Die Fälle, in denen gutartige Geschwülste des Kehlkopfs eine Operation von aussen her erforderlich machen, sind sehr selten. Wenn jedoch in einer sehr geschickten Hand alle endolaryngealen Versuche sich als nutzlos erwiesen haben, oder die Grösse oder der Gefässreichthum des Tumors intralaryngeale Massnahmen nicht ausführbar erscheinen lassen, so treten Eingriffe von aussen in ihr Recht. So kann bei Kindern wegen Papillomen die Tracheotomie nothwendig werden. Sie ist auch angebracht, um ein Geschwulst zu entfernen, die so tief im Larynx sitzt, dass sie durch endolaryngeale Instrumente nicht mehr erreicht werden kann. Thyreotomie sollte man zu vermeiden suchen im Hinblick auf die durch mangelhafte Coaptation der Stimmlippen resultirende Beeinträchtigung der Stimme. Diese Operation gestattet eine vollkommene Exstirpation und Recidive sind danach seltener, jedoch durchaus nicht ausgeschlossen.

Albert Rosenberg (Berlin) dankt zunächt für die an ihn ergangene ehrenvolle Einladung. Er erinnert an die seltenen Fälle, in denen in der vorlaryngoskopischen Zeit Kehlkopftumoren per vias naturales entfernt wurden, an die spontane Expulsion von Polypen durch Hustenstösse und an das gelegentliche Verschwinden von Papillomen nach exanthematischen Krankheiten. Andrerseits hat R. niemals spontanes Verschwinden einer Kehlkopfgeschwulst nach Beseitigung einer Nasenverstopfung gesehen, wie Lennox Browne und andre beobachtet haben. Von Inhalationen, Insufflationen und Injectionen hat R. keinen Erfolg

gesehen. Ob adstringirende Behandlung bei entzündlichen Knötchen, wie auch bei den sogenannten „Sängerknötchen“ einen Nutzen hat, ist eine offene Frage, da man nicht weiss, wieviel der gleichzeitigen Schonung der Stimme zu verdanken ist. Im Ganzen besteht die einzig richtige Behandlung in der operativen Entfernung. In erster Linie steht die endolaryngeale Methode und muss dieselbe fast stets zur Anwendung kommen. Bei drohender Asphyxie oder wenn Grund zu der Befürchtung besteht, dass ein interlaryngealer Eingriff eine derartige Schwellung der Schleimhaut herbeiführen kann, dass eine ernste Dyspnoe daraus resultiren kann oder wenn eine Operation per vias naturales nicht den gewünschten Erfolg verspricht, dann wird eine Operation von aussen nothwendig. Wenn die Tracheotomie nicht gebieterisch ihr Recht fordert, so soll die Behandlung stets per vias naturales ausgeführt werden. Die Anwendung von Cocain hat die endolaryngealen Operationen im höchsten Grade vereinfacht. Ein Nachteil des Cocain ist, dass nach seiner Application die Stimmlippe schlaff wird und auf reflectorische Reizung nicht straff wird; daher kommt es, dass eine ungeübte Hand leicht ein Stück von ihr mit der Neubildung entfernt. Bei Kindern wird oft allgemeine Narkose nothwendig, bei Erwachsenen nur in den extrem seltenen Fällen von übermässiger reflectorischer Reizbarkeit oder Nervosität. In 20 jähriger Praxis hat R. nur einmal bei einem Erwachsenen sich zur Narkose entschliessen müssen. Die Anästhesie darf nicht tief sein, sonst wird der sitzende Patient zu schlaff und kann nicht in seiner Lage gehalten werden, ferner bedeckt der reichlich secernirte Speichel den Spiegel und im Falle einer heftigen Blutung würde das Blut inspirirt werden. Es empfiehlt sich, auch den Larynx zu cocainisiren, da bei den leichteren Graden von Anästhesie die Reflexe nicht völlig ausgelöscht sind. R. bespricht dann die besonderen Schwierigkeiten der Behandlung von Papillomen im Kindesalter; sie bestehen in der Weigerung der Patienten, sich laryngoskopiren zu lassen. Was die Intubation betrifft, so besteht bei ihr die Gefahr einer möglicherweise eintretenden Dissemination der Geschwülste. Für endolaryngeale Eingriffe bevorzugt R. die schneidende Curette; er demonstrirt ein solches von ihm angegebenes Instrument. Es ist nach dem Princip des Landgraf'schen construirt und gestattet, wenn es an den Rand der Stimmlippe angelegt wird, alles, was über diesen hinaussteht, glatt abzuschneiden. Mit diesem Instrument hat R. ganze Sängerknötchen und breite flach aufsitzende Tumoren, die nur ein wenig über den Rand der Stimmlippe hinausragten und an denen die Zange leicht abglitt, abgeschnitten. R. bespricht dann den Gebrauch von Schlingen zur Entfernung von Papillomen: sie sind besonders nützlich, wenn ein relativ grosser Tumor, der an einem dünnen Stil sitzt, entfernt werden soll. In der Absicht, den Schlingencharakter mit der Nützlichkeit eines schneidenden Instruments zu combiniren, hat R. eine Schlinge nach dem Princip der Jaenicke'schen angegeben. Diese Schlinge kann, wenn sie zugezogen ist, durch einfaches Vorwärtsstossen des Schiebers wieder geöffnet werden; der Tumor wird dann mit der Schlinge gefasst und rein abgeschnitten. Zum Schluss wendet sich Redner zur Besprechung der Amyloidtumoren, Lipome, Myxome, Adenome, Angiome und Thyreoidtumoren. Die Behandlung cavernöser Angiome per vias naturales sollte nicht versucht werden.

Es folgt die allgemeine Discussion:

Adolph Bronner (Bradford) spricht über die Anwendung von Formalin bei der Behandlung von Papillomen und fragt, ob andre Erfolge damit erzielt haben.

N. C. Haring (Manchester) berichtet über Kehlkopfgeschwülste, die secundär nach Nasenaffectionen oder gleichzeitig mit ihnen auftreten. Er zieht M. Mackenzie's Zange vor und combinirt Cocain und Adrenalin zur localen Anästhesie.

Greville Macdonald (London) hat niemals spontanes Verschwinden von Papillomen beobachtet. Er war überrascht über die Schnelligkeit, mit der Recidive beim Papillom auftraten. Er hält die Vornahme einer äusseren Operation bei Papillomen im Kindesalter für ungerechtfertigt. Beim Gebrauch von Schlingen besteht das Risico, dass die Geschwulst in die Trachea fällt.

Watson Williams (Bristol) betrachtet die Sängerknötchen als entzündlichen Ursprungs und hält Schonung der Stimme per se als das wirksamste Mittel.

St. Clair Thomson (London) erklärt sich gegen den Gebrauch der Schlinge und für die Mackenzie'sche Zange.

Price-Brown (Toronto) hat in jedem Fall von Papillomen bei Kindern adenoide Vegetationen gefunden. Er hält das Klima für einen wesentlichen Factor, indem die Geschwülste in einem trockenen Klima abnehmen.

Scanes Spicer (London), Herbert Tilley (London) betheiligen sich ebenfalls an der Debatte.

E. B. Waggett (London) spricht sich zu Gunsten der Thyreotomie bei gewissen benignen Geschwülsten aus.

Der Vorsitzende Charters Symonds (London) schliesst die Discussion mit der Constatirung, dass die allgemeine Stimmung zu Gunsten der endolaryngealen Operationen ist.

Dritter Sitzungstag.

Discussion über „Intranasale Erkrankungen als ein entscheidender Factor bei der Entstehung von Kehlkopf- und Lungenaffectionen“.

Greville Mac Donald: Die Schwierigkeit des Gegenstands besteht darin, dass die Meinungen der Autoren sich widersprechen, die klinischen Thatsachen nicht mit einander in Einklang zu bringen sind und von Seiten der Physiologen wenig zur Klärung beigetragen wird. Redner theilt einige Beobachtungen mit und theilt seine Fälle in 3 Klassen: 1. Solche, in denen Heilung oder Besserung von Asthma durch Beseitigung von Nasenverstopfung erzielt wird, die ein Athmungshinderniss abgegeben oder einen Druck verursacht hat. 2. Solche, in denen Behandlung irgend welcher andern Abnormität in der Nase in gleichem Maasse sich erfolgreich erweist, und 3. solche, bei denen die blosse Cauterisation der Schleimhaut in einer gesunden Nase Heilung oder Besserung bringt. In der ersten Klasse sind

die günstigsten Formen von Verstopfung: vordere Hypertrophien der unteren Muschel, ferner Septumverbiegungen und Leisten, sodann adenoide Vegetationen und schliesslich Nasenpolypen. In der zweiten Klasse findet sich allgemeines Oedem der Schleimhaut, besonders wenn gleichzeitig excessives Niesen vorhanden ist, häufig auch bei chronischem Asthma bronchiale. Nicht selten wird in diesen Fällen durch Galvanokaustik Heilung erzielt. Atrophische Rhinitis kann gleichfalls für Asthma verantwortlich gemacht werden und Besserung des Zustandes der Nase kann Verschwinden der Bronchialsymptome zur Folge haben. In der dritten Klasse bringt blosse Cauterisation der Schleimhaut, die den oberen Theil der Cartilago triangularis bedeckt, häufig Besserung und sogar Heilung des Asthma.

Redner lenkt dann die Aufmerksamkeit auf folgende drei Punkte: 1. Wenn ein Patient über heftige und häufige Erkältungen klagt und sich irgendwelche Abnormitäten in der Nase finden, so kann man fast versprechen, dass man mit Heilung der Nasenabnormität die Neigung zu Erkältungen beseitigen wird. 2. Wenn ein Patient über Niesparoxysmen klagt, sei es über täglich oder in längeren Intervallen auftretende Attacken, so kann man einigermaassen sicher sein, ihn durch Beseitigung der Nasenaffection zu heilen. 3. Ein Patient, der an Polypen leidet, weniger häufig, wenn eine andere Art von Nasenverstopfung vorliegt, erkältet sich bisweilen, häufig sogar sehr schwer, und erkrankt an Rhinitis, Laryngitis oder Bronchitis, wenn die Nasenverstopfung beseitigt ist. Redner fasst seine Ausführungen in folgendem Satz zusammen: Jede Behandlung, die die Irritabilität der Schleimhaut herabsetzt, sei es durch Operation und Lüftung von abnormer Weise verdeckten Schleimhautpartien, oder durch Abhärtung von hyperästhetischen Zonen mit dem elektrischen Brenner, oder auch durch Anwendung von Cocain, kann in dem Ausbruch von katarrhalischen Anfällen Modificationen oder Stillstand herbeiführen, sei es, dass diese sich in Niesanfällen, Laryngitis, Bronchitis oder Asthma äussern.

Samuel West (London) theilt die Nasenaffectionen, bei denen von Seiten des Respirationstracts Schwierigkeiten bestehen, gleichfalls in 3 Gruppen: 1. Obstructive, wo die freie Passage der Luft durch die Nase behindert ist. 2. Infectiöse, wo entzündliche oder infectiöse Processe durch Infection von der Nase aus in den Athmungsorganen entstehen. 3. Irritative, wo reflectorisch durch Reizung von der Nase aus Erscheinungen von Seiten der Athmungsorgane auftreten. Was die obstructive Gruppe anbetrifft, so sagt Redner, dass mechanische Verstopfung in der Nase nicht an und für sich irgend eine respiratorische Affection verursacht, wenn nicht, wie dies bisweilen bei Kindern vorkommt, gleichzeitig adenoide Vegetationen und vergrösserte Tonsillen vorhanden sind; dann können daraus Deformitäten des Thorax, wie Hühnerbrust, entstehen. Was als eine nothwendige Folge der Nasenverstopfung angesehen werden muss, ist Mundathmung; die Luft wird dann nicht, wie es bei dem Durchgang durch die Nase der Fall ist, gewärmt und filtrirt, dadurch wird der Mund und Rachen trocken und reizbar und es resultirt fast unvermeidlich daraus eine chronische Pharyngitis. Nebenbei werden die Theile für Infection vorbereitet. In Bezug auf die infectiöse Gruppe sagt Redner, dass, wenn Mund und Pharynx feucht und unaus-

gesetzt von Speichel bespült werden, die mit der Inspirationsluft aufgenommenen Keime beseitigt werden, oder doch jedenfalls keinen Boden zum Wachsthum finden. Besteht jedoch Mundathmung, so ist der Belag, der sich auf der Zunge bildet und hauptsächlich aus eingetrocknetem Secret und Zellen besteht, eine Brutstätte für Keime aller Art. Befinden sich unter diesen pathogene, z. B. der Pneumococcus, so kann eine sehr ernste Infection sich ergeben. Würde man an diese Gefahr bei specifischen fieberhaften Erkrankungen, besonders des Kindesalters, mehr denken, so würde die Häufigkeit von Pneumonie und Bronchitis erheblich abnehmen. Beim Bestehen eines acuten infectiösen Zustands in der Nase ist es sehr wahrscheinlich, dass die Infection sich direct auf die benachbarten Theile ausbreitet. Das treffendste Beispiel dafür ist die diphtherische Rhinitis. Aber auch bei gewöhnlichem Katarrh ist nichts häufiger, als dass er in der Nase beginnt und sich von da auf den Pharynx und selbst die Athmungsorgane ausdehnt. Diesen Weg der Ausbreitung ihres Katarrhs geben die Patienten selbst gewöhnlich an, wenn sie den Verlauf ihrer Erkältung schildern. Man kann diese Katarrhe oft durch antiseptische Ausspülungen des Mundes und Rachens coupiren, so dass der Weg der Ausbreitung abgeschnitten wird; noch besser erreicht man dieses, indem man die Infectionsquelle in der Nase beseitigt.

Am interessantesten, sagt West, ist die dritte Gruppe der irritativen oder reflectorischen Störungen. Husten, oft von paroxysmalem Charakter, findet sich bei Nasenaffectionen ungemein häufig. Selbstverständlich ebenfalls sehr häufig ist paroxysmenartig auftretender Schnupfen. Daneben giebt es verschiedene subjective Empfindungen, die durch Nasenaffectionen hervorgerufen werden, z. B. Druckgefühl in der Brust oder Kurzathmigkeit, oder sogar Dyspnoe. Alle diese Zustände können zu Asthma Beziehung haben, aber sie sind nicht an sich Asthma oder, wie man es auch genannt hat, nothwendigerweise asthmatische Phänomene. Es ist für alle Diejenigen, die wissen, dass wirkliches Asthma eine nicht gewöhnliche Krankheit ist, sehr überraschend, wenn einzelne Autoren von 300, 400, ja 500 Fällen sprechen, die sie in wenigen Jahren gesehen haben. Man muss sich wundern, wo sie die herbekommen. W. zweifelt, ob man gegenwärtig unter den 5 Millionen Einwohnern Londons 500 Fälle von wirklichem spasmodischem Asthma auffinden würde. Es ist nur anzunehmen, dass von jenen Autoren die Bezeichnung „Asthma" in einem sehr weiten und umfassenden Sinn gebraucht wird und ihre Zahlen können nur dadurch zu Stande kommen, dass dabei nicht nur die oben erwähnten asthmatischen Phänomene, sondern noch viele andere Phänome von zweifelhafter Natur mit eingerechnet werden. Acceptirt man jedoch, um eine Discussion zu ermöglichen, die gegebenen Zahlen, so muss man erwägen, wie weit sie die Häufigkeit eines Zusammentreffens von Asthma und Nasenaffectionen beweisen. Man kann das Problem auf zwei Wegen angreifen: 1. Man nimmt eine Anzahl von Asthmafällen und constatirt die Häufigkeit von Nasenerkrankungen unter ihnen.

So fand Lublinski unter 500 Fällen 143 mit pathologischen Verhältnissen in der Nase (28 pCt.); von diesen 143 wurden 27 geheilt (20 pCt.) und 13 gebessert (10 pCt.), im Ganzen 30 pCt. Francis hat unter 402 Asthmafällen

56 mal (13,9 pCt.) Nasenaffectionen gefunden; nur sehr wenige von diesen wurden durch die Behandlung gebessert. Um den reellen Werth solcher Statistiken zu beurtheilen, muss man wissen, wie häufig jene Veränderungen in der Nase sich bei gesunden Leuten finden. 2. Man nimmt eine Anzahl von Patienten mit Nasenaffectionen und bestimmt die Häufigkeit von Asthma unter ihnen. Asthma fand sich bei Nasenpolypen 9 mal unter 300 Fällen (Böcker), 7 mal unter 200 Fällen (Hering) = 3,2 pCt. Schmiegelow's Procentsatz ist höher, nämlich 3 von 39 Fällen von Nasenpolypen (22 pCt.) und 40mal bei 502 Fällen chronischer Rhinitis. Francis hat in einer neuen Arbeit behauptet, dass, wenn Asthma mit Nasenaffectionen verbunden ist, die Aussichten auf Besserung durch Behandlung weniger versprechend wären, als wenn keine grobe Erkrankung vorhanden wäre. Alle diese Statistiken sind unbefriedigend und zwar wegen der unbestimmten Definition des Begriffs „Asthma", jedoch genügen sie, um einen Zusammenhang festzustellen. W. sagt, dass er selbst in seiner Praxis Fälle gesehen hat, in denen wahres Asthma bei Personen, die vorher nicht asthmatisch waren, durch intranasale Eingriffe hervorgerufen wurde. Man kann also in der That einen Zusammenhang zwischen Asthma und intranasaler Erkrankung annehmen, jedoch ist dieser Zusammenhang bei Weitem nicht so häufig, wie es die Statistiken glauben machen. Vf. glaubt nicht, dass eine Person, die nicht schon asthmatisch war, auf diesem Wege asthmatisch werden kann. Hinsichtlich der Resultate der Behandlung stimmt er mit Sir Felix Semon überein, dass, wenn auch in einigen Fällen Besserung entsteht, die Aussicht auf Heilung sehr gering ist. Asthma ist seiner Ansicht nach eine Respirationsneurose und gleicht genau der Epilepsie. Ist die asthmatische oder epileptische Disposition gegeben, so kann der Anfall von verschiedenen Theilen des Körpers aus ausgelöst werden. Es ist also zur Regel zu machen, dass man nach einer solchen Reizquelle suchen soll, um sie, wenn man sie auffindet, zu beseitigen. So ist es durchaus angebracht, bei Asthma, wenn eine Nasenaffection besteht, die Wirkung einer Behandlung zu versuchen. Es kann eine Erleichterung erzielt werden, obwohl eine Heilung unwahrscheinlich ist. Den bei Asthma durch Behandlung einer gesunden Nase erzielten Effect kann man damit vergleichen, dass es bisweilen gelingt, einen epileptischen Anfall dadurch zu coupiren, dass man ein Band fest um das Bein unterhalb des Knies legt. Da Asthma eine Neurose ist, so muss immer bei der Beurtheilung des Behandlungsresultats auch der psychische Eindruck mit in Rechnung gezogen werden. Vf. kommt zu dem Schluss, dass in Anbetracht der Schwierigkeiten bei der Behandlung des Asthma's, man immer über die Auffindung einer Reizquelle in der Nase oder an einer andern Körperstelle froh sein sollte, da man hoffen könne, vielleicht von hier aus Besserung zu erzielen.

A. J. Brady nimmt eine Mittelstellung zwischen den von den beiden Vorrednern ausgedrückten Meinungen ein; er theilt Fälle von erfolgreicher Behandlung durch Beeinflussung von der Nase aus mit.

Colin Campbell (Southport) berichtet über Fälle, in denen in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen in der Nase nichts Pathologisches zu finden ist, bei denen aber während des Anfalls Schwellung der Nasenschleimhaut mit

Verstopfung vorhanden ist. An Stelle des Galvanokauters benutzt er Radium; er äussert sich ferner günstig über den Gebrauch intranasaler Injectionen bei Asthma.

Walker Downie (Glasgow) ist der Ansicht, dass Nasenpolypen eine häufigere Ursache für Asthma bilden, als behauptet worden ist. Wird das Asthma durch die Entfernung der Polypen nicht gebessert, so ist letztere unvollkommen gewesen und es sind Polypen — wahrscheinlich in den weiter oben gelegenen Teilen der Nase — zurückgelassen worden.

St. Clair Thomson (London) meint, dass Asthmafälle nicht so häufig wären. Es handelt sich häufig nur um Patienten, die des Nachts durch den Mund athmen und Suggestion spielt bei der Sache eine sehr grosse Rolle.

Alex. Francis (London) hat gefunden, dass die Nase bei der Mehrzahl der Asthmatiker normal ist und dass die Rolle der Polypen überschätzt wird. Die Beziehung zwischen Asthma und Nase betrachtet er nicht als die einer nasalen Erkrankung, sondern als eine „Austauschhemmung".

Watson Williams (Bristol) betrachtet Asthma als eine Neurose und glaubt nicht daran, dass je eine intranasale Behandlung allein den Patienten heilen kann. Er hat den faradischen Strom von Nutzen gefunden.

Hemington Pegler (London) bemängelt die Correctheit der Diagnose auf Asthma in vielen Fällen.

Scanes Spicer (London) giebt zu, dass er bei Anwendung des Ausdrucks „Asthma" in Verlegenheit ist, genau zu definiren, was er meint. Er verlangt eine genauere Präcisirung der Begriffe „Asthma", „bronchitisches Asthma" und ähnlicher Ausdrücke. Er kann nicht behaupten, Fälle von wirklichem Asthma geheilt zu haben.

Mackay Macdonald (London) führt einen Fall von wahrem Asthma an, bei dem der Patient eine grosse Perforation der Cartilago triangularis hatte.

N. C. Haring (Manchester) meint, man müsse bei der Behandlung des Asthmas mehr die Ursachen peripherischer Natur in Betracht ziehen.

Price-Brown (Toronto) hat keinen Effect von Polypenextraction bei Asthma gesehen.

Herbert Tilley (London) hat 7 Fälle von Asthma nach der Methode von Francis behandelt und zwar mit guten Resultaten. Zwei wurden geheilt, drei gebessert und bei zwei blieb die Behandlung erfolglos. Es handelte sich stets um wahres Asthma.

Smurthwaite (Newcastle) ist ebenfalls der Meinung, dass es sich in vielen Fällen von sogenanntem Asthma gar nicht um Asthma handele.

Newcomb (New York) hat Fälle von Asthma gesehen, in denen Heilung eintrat, nachdem die Patienten anstatt auf einem Federkissen auf einem Haarkissen oder statt in einem Ziegelhaus in einem Holzhaus schliefen.

Der Vorsitzende und Charters Symonds schliessen die Discussion und Greville Macdonald erhält das Schlusswort.

Eugen S. Yonge (Manchester) hält einen Vortrag über: „Einige Beobachtungen über den Entstehungsmodus der Nasenpolypen". Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Schleimpolypen der Nase sind in der Mehrzahl der Fälle wahrscheinlich eine Folge, sicher aber eine Begleiterscheinung von Entzündungen der Schleimhaut in den Nebenhöhlen.

2. Der primäre, mechanische Process besteht in einem localisirten Oedem der entzündeten Schleimhaut; dieses Oedem entwickelt sich in Folge gewisser structureller Eigenthümlichkeiten der Schleimhaut in der Mehrzahl der Fälle nicht an beliebigen Stellen in der Nase, sondern an einem Theile der mittleren Muschel und des mittleren Nasenganges.

3. Die bestimmende Ursache für das Oedem an den angeführten Stellen ist Degeneration und cystische Dilatation der Schleimdrüsen.

4. Die eigenthümliche Gestalt, die die Polypen bisweilen annehmen, ihre Zahl, wahrscheinlich auch das in manchen Fällen sich zeigende Auftreten von Recidiven und andere diesen Geschwülsten zukommende Eigenthümlichkeiten sind darauf zurückzuführen, dass die ödematöse Schleimhaut sich in Falten legt und dass die normaler Weise vorhandenen Falten ödematös werden. Einige von den Falten nehmen schnell an Grösse zu durch Resorption seröser Flüssigkeit und begünstigt durch ihre Schwere und präsentiren sich schliesslich in der Form der der gewöhnlichen Schleimpolypen.

5. Die „polypoiden" Auswüchse, die sich an der unteren Muschel und seltener am Septum zeigen, unterscheiden sich im Allgemeinen ausgesprochen in ihrer mikroskopischen Structur von den Schleimpolypen und obwohl sie einen gemeinsamen entzündlichen Ursprung haben, stellen sie etwas Verschiedenes dar, hauptsächlich in Folge der ungleichen Structur der Schleimhaut an den Partien, wo sie ihren Ursprung nehmen.

Walker Downie: Zweiundeinhalbjährige Erfahrungen mit subcutanen Injectionen von Hartparaffin zur Entfernung von Nasendeformitäten.

Die Erfahrungen des Redners basiren auf einer Serie von über 100 Fällen. Mit einer Ausnahme trat niemals weder bei der Operation oder in der Folgezeit irgend welche Complication auf. D. giebt eine detaillirte Beschreibung seiner Technik, der Vorbereitung des Patienten, der angewandten Paraffinsorte, der Spritze, er behandelt die Frage von der Anästhesie und theilt schliesslich die Resultate in seinen Fällen mit. In jedem Fall wurde die Gestalt der Nase verbessert, in den meisten Fällen sogar ganz erheblich und die Besserung schritt mit der Zeit noch weiter fort. Die Verfärbung und der Glanz der Haut, die einige Wochen nach der Operation bestanden, verschwanden, die Haut wurde weich und normal, so dass einige Monate nach der Operation nichts mehr zu sehen war. Hohe Körpertemperaturen, Aufenthalt in grosser Hitze oder in heissem Klima veränderte in keiner Weise die Form oder Lage des injicirten Materials. Redner hält die Operation, wenn mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt, für durchaus gefahrlos.

Ist die Haut über der eingesunkenen Partie gesund, so kann die Form der Nase in allen Fällen verbessert werden und meist kann der Defect völlig beseitigt werden.

Hemington Pegler macht eine Mittheilung über „Gutartige Neubildungen der Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der blutenden Polypen".

Es handelt sich um eine Serie von Fällen blutender Septumpolypen.

Jobson Horne.

---

b) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1904.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Dr. Marschik.

1. Menzel: Vorstellung eines Patienten mit einer Kiefercyste, welche von einem retinirten Eckzahn ausgeht. Aus paradentären Resten, medial vom Zahn, entwickelte sich eine Cyste, deren Inhalt gelegentlich eines Traumas auf die rechte Wange inficirt wurde.

2. Marschik stellt einen Fall von Tuberculosis nasi et palati duri et mollis vor, bei welchem eine antiluetische Cur von Erfolg begleitet war. Für Tuberculose spricht das Aussehen des Processes, namentlich in der Nase, sowie der histologische Befund (miliare Knötchen, Epitheloid- und Riesenzellen).

Discussion: O. Chiari bemerkt, dass auch Tuberkelbacillen in dem Nasentumor nachgewiesen wurden, aber jetzt in Folge Alters der Präparate nicht mehr zu sehen sind.

Roth entscheidet sich für Lues auf Grund der Jodquecksilbercur.

Hanszel erinnert an einen analogen Fall, den er im Vorjahre vorstellte. Dass eine antiluetische Behandlung manchmal bei chronischen Formen von Tuberculose günstige Erfolge aufweist, ist bekannt, doch tritt bei fortgesetzter antiluetischer Cur in den Fällen von Tuberculose keine weitere Besserung ein.

Heindl meint, dass die Tuberculose sich erst secundär auf luetischem Boden entwickelt.

Harmer meint, dass in diesem Falle der Infectionsmodus nicht klar sei.

Fein glaubt an Tuberculose, weil die antiluetische Cur keine vollständige Heilung brachte, was Heindl als nicht beweisend anspricht.

Weil fragt nach dem histologischen Befund aus dem gegenwärtigen Zustande, was Marschik dahin beantwortet, dass gegenwärtig kein typisch tuberculöser Befund vorliegt.

3. Kofler stellt eine Patientin vor, bei welcher in Folge Eiterung der Kieferhöhle Sequesterbildung auftrat, vorzugsweise der vorderen und medialen Wand und auch des Bodens des Antrums.

4. Hanszel berichtet über einen günstigen Erfolg bei combinirter Anwendung von Thiosinamin- und Vaselininjectionen.

5. Hanszel demonstrirt ein Präparat einer offenbar congenitalen Cyste mit atherombreiartigem Inhalt, die Prof. Chiari mit galvanokaustischer Schlinge vom Arcus palatopharyngeus eines wenige Monate alten Kindes entfernte.

6. Kahler demonstrirt Präparate einer Epiglottiscyste und entwickelt seine Ansichten über die entodermale Natur.

7. Glas stellt Präparate vor von einem Lipom der Tonsille, von einem Tonsillarpolypen mit Schleimdrüsenbildung, von einem Teratom der Fossa supratonsillaris, sowie Sarkolyten in einem Tonsillarfollikel, was bisher noch nicht beschrieben wurde.

8. Weil demonstrirt Röntgenbilder von Nebenhöhlen, die mit Bleisulfat ausgefüllt sind, worunter auch ein Fall von zweigetheilter Stirnhöhle sich befindet, den Menzel mit einer vorgeschobenen Siebbeinzelle ungezwungener erklären möchte.

Sitzung vom 7. December 1904.

1. Kahler stellt drei Fälle von congenitaler Choanalatresie vor, die die Körner-Waldow'sche Theorie bestätigen, welcher Ansicht sich Roth anschliesst.

2. Kahler entfernte endolaryngeal ein Knochenstück aus dem subglottischen Raume, welcher Fremdkörper demonstrirt wird.

3. Fein beobachtete einen Fall, in welchem ein borstenartiger Fremdkörper in die Schleimhaut der hinteren Rachenwand eingedrungen, unter derselben eine Strecke weit vorgedrungen war und mit dem einen Ende wieder an einer zweiten Stelle heraustrat. Dazu sprechen Weil und O. Chiari, welcher betont, dass solche „Durchstiche“ schon einigemale beobachtet wurden.

4. Chiari spricht über eine subperichondrale Resection des deviirten Septums, wozu Weil bemerkt, dass O. T. Freer einen ähnlichen Schnitt angab.

5. Heindl stellt einen Fall von Ulcera des harten Gaumens vor. Es handelt sich um Tuberculose auf luetischem Boden. Hanszel-Chiari.

---

c) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 24. November 1904.

Vorsitzender: E. Löri.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. E. Baumgarten: Neubildung des Nasenrachenraumes.

Patientin hat seit 2 Jahren keine Luft durch die Nase. Der weiche Gaumen ist stark vorgewölbt, der ganze untere Antheil des Nasenrachenraumes durch eine lappige harte Geschwulst versperrt. Entfernung mit der kalten Schlinge, wobei sich herausstellte, dass die Geschwulst von der inneren Fläche des weichen Gaumens ausging. Histologische Untersuchung erwies Fibrom.



2. E. Baumgarten: Entfernung eines grossen Sequesters luet. Ursprungs aus der Nase.

3. A. Irsai: Fall von Rhinosklerom.

Der rechtsseitige Nasenflügel ist knorpelhart, die Schleimhaut glatt; Nasenöffnung trichterförmig verengt; hintere Rachenwand höckerig, narbig. Typisches Scleromgewebe.

4. A. Irsai stellt 1. einen deutlich ausgeprägten, die ganze hintere Wand des Rachens einnehmenden Lupus und 2. einen Lupus des Gaumensegels vor.

5. H. Zwillinger: Fall von Vincent'scher Tonsillitis ulcerosa.

Patient hat seit 5 Tagen Halsschmerzen, Fieber. An der linken Tonsille ein 2 cm langer, 1 cm breiter, mit einem dichten weissgrauen Belage bedeckter Substanzverlust. Die bakteriologische Untersuchung ergab den Bacillus fusiformis und die bekannten Spirillen.

6. M. Steiner: Fall von Atresia nasi.

Stellt einen Kranken vor, bei welchem in Folge von Lupus die rechte Nasenöffnung linsengross, die linke vollständig verschlossen ist. Kranker wird nach folgendem Plan operirt: Aufschlitzung der Nase neben dem Nasenrücken, parallel demselben; Entfernung der eventuell vorliegenden Narbenbildungen und Transplantation eines Thiersch'schen Lappens; Nasenöffnungsplastik.

Sitzung vom 15. December.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. Navratil: Polypus fibrosus cavi nasopharyngealis.

Bei der Rhinoscopia posterior ist eine Geschwulst von der Grösse und Gestalt einer Birne sichtbar; dieselbe ist derb anzufühlen, sitzt mit breiter Basis auf und hängt mit der linken oberen Muschel zusammen. Entfernung mittelst einer heissen Schlinge aus Platindraht. Die histologische Untersuchung ergab einen fibrösen Polypen.

2. Navratil: Carcinoma laryngis (?)

Kräftiger Mann von 68 Jahren mit gesunden inneren Organen. Seit 3 Jahren andauernde Heiserkeit, welche jedweder localen Behandlung trotzte. Rechtes Stimmband infiltrirt, in der Mitte geschwulstartig vorgewölbt. Hinterwand des Kehlkopfes infiltrirt. Makroskopische Diagnose Kehlkopfkrebs. Es wird die Probeexcision ausgeführt werden und wenn der histologische Befund für nicht verhornten Plattenepithelkrebs spricht, die Larynxexstirpation vorgenommen.

3. Navratil: Fall von Atresia introit. nar.

Der Kranke wurde in vorhergehender Sitzung vor der Operation demonstrirt. Die Operation wurde ausgeführt, wie vorher angegeben. Nach der Operation beiderseits Nasenlöcher von der Grösse und Gestalt der normalen; freie Nasenathmung.

4. A. Irsai: Mit Thiosinamin behandelte Fälle von Oesophagus-strictur.

I. behandelte 9 derartige Fälle nach Laugenverätzung. Vortr. meint, dass das Mittel die Narben zu erweichen vermag, wodurch die Dilatation mit Hilfe der Sonde dann leichter von Statten geht.

5. Donogány: Fälle von blutendem Septumpolyp.

In der rechten Nasenhälfte ein bohnengrosser, graurother, gestielter, leicht blutender Polyp. Entfernung desselben. Histologische Diagnose: Angioma cavernosum.

M. Paunz: Fall von Carcinoma nasi.

Kranker wurde vor einem Jahre nach Partsch'scher Methode operirt. Die ganze linke Nasenhälfte ist gegenwärtig durch eine Geschwulst ausgefüllt, welche von den lateral-hinteren Partien des unteren Nasenganges ausgeht und auch in die Choanen hineinwuchert. Histologischer Befund: Carcinom.

H. Hülse: Fall von Carcinoma nasi.

Die Nase wurde vor $1^1/_2$ Jahren durch Bruns'sche osteoplastische Resection eröffnet. Recidive.

K. Láng. Durch einen Rhinolith verursachte epileptische Anfälle.

Beim Kranken bestanden seit 3—4 Jahren epileptische Anfälle, welche wöchentlich 1—2mal auftraten. Nach Entfernung eines Rhinolithen, welcher sich im mittleren Nasengange befand und der sich um einen Kirschenkern gebildet hatte, sistirten die epileptischen Anfälle.

E. Tóvölqyi: Ueber Gesangfehler.

Hält allein das untere thoraco-abdominale Athmen für richtig.

A. Onodi: Nasenprothese mit festem Paraffin.

Spritze eigener Construction, mit welcher er in einem Falle von luetischer Sattelnase festes Paraffin einspritzte.

A. Winternitz: Zwei operirte Fälle von Kehlkopfpapillom.

Die Operationen geschahen bei einem 19 Monate alten und bei einem dreijährigen Kinde. Beim ersten musste wegen grosser Ausbreitung des Papilloms die Schleimhaut des ganzen linken Taschenbandes, im zweiten wegen Papilloma multiplex das linke Taschenband und die Schleimhaut des rechten Taschen- und Stimmbandes excidirt werden. Die Defecte wurden mit 2—3 Catgutnähten verschlossen. Heilung per primam. Stenose ist nicht eingetreten.

v. Navratil.



V. Briefkasten.

Gründung der deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Am 13. Juni hat in Heidelberg die Gründung der deutschen laryngologischen Gesellschaft stattgefunden. Es ist beschlossen worden, dass die Gesellschaft alle zwei Jahre tagen soll. Zum ersten Vorsitzenden wurde Moritz Schmidt, zu stellvertretenden Vorsitzenden B. Fränkel, Jurasz und Killian (Freiburg) erwählt.

Dem Collegen G. Spiess (Frankfurt a/M.) ist der Professortitel verliehen worden.

Internationale laryngologische Zusammenkünfte.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Indem ich die Unparteilichkeit Ihrer Auseinandersetzungen in der Juni-Nummer des Centralblattes dankbar anerkenne, bitte ich mir als Laryngologen zu denselben einige Bemerkungen zu gestatten. Zeigt sich auch Waldeyer als ein „mächtiger Bundesgenosse" in Ihrem Kampfe für die Unabhängigkeit der Laryngologie, für die practische Lösung der uns interessirenden Frage, dürften seine theoretischen Auseinandersetzungen nicht vieles beizutragen geeignet sein: „Es werden weder laryngologische Vorträge bei den anwesenden Otiatrikern noch umgekehrt otiatrische bei den Laryngologen besonderes Interesse wecken", sagt er, und weiter: „Ich würde vorschlagen, drei Sectionen vorzusehen und es dann den Rhinologen zu überlassen, ob sie allen tagen wollen oder sich entweder mit den Ohrenärzten oder den Kehlkopfärzten verbinden."

Aus diesen Citaten geht hervor, dass sich Waldeyer bloss specielle Otologen, specielle Laryngologen, specielle Rhinologen denkt. Wenn dies zuträfe, so wäre freilich die Lösung leicht und nur in der von ihm angegebenen Weise zu erzielen.

Factisch aber liegt die Sache so, dass es reine Rhinologen gar nicht giebt, und dass die relative Zahl der reinen Otologen wie der reinen Laryngologen immer kleiner wird. In Frankreich scheint dieser Einschmelzungsprocess mit dem gänzlichen Verschwinden dieser beiden Gruppen von Specialisten abgelaufen zu sein. Ich vernahm dies bei der Zusammenkunft in Ihrer Wohnung aus dem Munde der französischen Delegirten, und die Abstimmungen in den beiden französischen Gesellschaft bestätigen es zur Genüge. In Holland giebt es, nach Guye's Tod, so viel ich weiss, keinen einzigen Specialisten mehr, der nur Otologe oder nur Rhino-Laryngologe wäre. Wie Sie bemerken, ist auch in Belgien, Spanien und Italien die gemeinsame Ausübung der zwei Disciplinen die Regel. Aus der gemischten Natur der Ungarischen, Dänischen und Petersburger Specialgesellschaften scheint weiter hervorzugehen, dass auch dort Otologie und Laryngologie in der Regel zusammen geübt werden.

Wenn nun auch in England, Deutschland und Oesterreich die speciellen Vereinigungen sich für zwei unabhängige Sectionen erklärt haben oder sich erklären werden, so fühle ich mich dennoch aus guten Gründen*) zu der Annahme berechtigt, dass auch in diesen Ländern die Mehrzahl der Fachgenossen zugleich Laryngologen und Otologen sind.

Man mag nun die immer enger werdende Vereinigung der beiden Disciplinen als eine glückliche oder eine bedauerliche Erscheinung auffassen — ich bekenne

*) Ich bin gern bereit, diese Gründe zu erörtern, wenn die Thatsache selbst angezweifelt werden sollte.

mich ganz entschieden zu der ersteren Auffassung —, der nunmehr unleugbaren Thatsache wird bei der künftigen Einrichtung internationaler Congresse Rechnung getragen werden müssen. Es leuchtet ein, dass die gleichzeitige Tagung zweier unabhängiger Sectionen von allen denjenigen, die sich für beide Fächer interessiren — also von der grossen Mehrzahl der Fachgenossen — als ein Missstand empfunden wird. Sie haben darüber bis jetzt nicht geklagt. Mit Rücksicht auf geehrte und hervorragende Männer, die nur eines der beiden Fächer üben, haben sie es sich bei den internationalen medicinischen Congressen gefallen lassen, nur einen Theil der sie interessirenden Vorträge zu hören. Sie haben sich als Mitglieder beider Sectionen eingeschrieben und getrost ihre Zeit und ihr Interesse über beide getheilt. Gar nicht selten hat man aus der einen Section Mitglieder herausrufen müssen, wenn in der anderen an sie die Reihe zum Vortrag gekommen war. Guye hat mir gestanden, dass diese von ihm als Vorsitzender der otologischen Section in Paris erlebten Uebelstände ihn zum Anhänger der combinirten Section bekehrt hätten.

Wenn nun auch künftig die fortschreitende Verschmelzung der beiden Fächer zu einer Vereinigung auch bei den internationalen Congressen unvermeidlich führen muss, so befinden wir uns doch heute noch in der Uebergangsperiode, in welcher die Interessen älterer, hochverehrter Fachcollegen auf volle Berücksichtigung Anrecht haben. In diesem Sinne ist auch die Aussprache der Niederländischen Gesellschaft zu deuten.

Nun fragt es sich, in welcher Weise können vorläufig die auseinandergehenden Interessen befriedigt werden?

Ich suche, geehrter Herr Redacteur, die Lösung des Problems ungefähr in der Richtung, worauf auch Sie am Schluss Ihres Aufsatzes (S. 244) hingewiesen haben: Die Otologen und die Laryngologen sollen in zwei benachbarten Sitzungsräumen tagen; hier sollen die rein otologischen und die rein laryngologischen Fragen discutirt werden, dagegen sollen Fragen von gemeinsamem Interesse in combinirter Sitzung behandelt werden. Um diese Idee in practischer und fruchtbarer Weise zu verwirklichen, scheint es mir aber dringend erwünscht, bei den internationalen medicinischen Congressen für unsere Specialität eine combinirte oto-laryngologische Section, die über zwei benachbarte Sitzungsräume verfügt, zu verlangen. Der Vorstand der Section wird der Eintheilung der angekündigten Themata über die drei verschiedenen Sitzungen seine volle Aufmerksamkeit widmen. Während Vormittag ein Theil der Sectionsmitglieder, mit den reinen Otologen, den Schwingungsmodus des Stimmgabelstieles und die Psychologie der Tanzmäuse studirt, vertieft sich der andere Theil, mit den reinen Laryngologen, in die Histologie des Stimmbandepithels und in die Räthsel des Semon'schen Gesetzes. In der combinirten Nachmittagssitzung gelangen die Nasenhöhleneiterungen, die Verlegung des Nasenweges, die Krankheiten des lymphatischen Rachenringes, gleichfalls aber die mehr practischen laryngologischen und otologischen Themata — Larynxoperationen, Katarrhe der Luftwege, Mittelohrentzündungen — zur Discussion. Nur eine combinirte Section, in deren Vorstand berufene Vertreter beider Disciplinen Sitz haben, wird im Stande sein, allen den hier auftauchenden Wünschen und Anforderungen gerecht zu werden.

Diesen Vorschlag möchte ich, geehrter Herr Redacteur, durch Vermittelung des Centralblatts den Fachcollegen unterbreiten.

Es grüsst Sie mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebener

H. Burger.

Amsterdam, 12. Juni 1905.

(Ob irgend eine Einrichtung im Stande sein wird, „allen" hier auftauchenden Wünschen und Anforderungen gerecht zu werden, möchten wir doch bezweifeln. Es liegt in der Natur der gegenwärtigen Verhältnisse, dass die verschiedenen

Wünsche mit einander unvereinbar sind. Wenn der eine Theil darauf besteht, an allem theilzunehmen, was ihn interessirt, und dieses „alles" den anderen Theil nur zur Hälfte interessirt, so scheint eine ideale Lösung der Frage geradezu undenkbar. Wie schon wiederholt in diesen Blättern ausgeführt, sollte die Parole „leben und leben lassen" sein. Dass dies „nur" auf dem Wege einer combinirten laryngo-otologischen Section practisch auszuführen sei, leuchtet uns nicht ein. Ganz ähnliches lässt sich sicherlich auch erzielen, wenn man nach den im Leitartikel der Augustnummer 1899 vorgeschlagenen Principien vorgeht und die bewährten zwei getrennten Sectionen bestehen lässt. Wir möchten uns die Freiheit nehmen, alle sich für die Frage interessirenden Collegen auf diesen Artikel zu verweisen. Er hat jetzt actuelles Interesse. — Jedenfalls aber gebührt dem Collegen Burger Dank für seinen versöhnlichen Vorschlag. Red.)

Johann v. Mikulicz-Radecki †.

Obwohl keiner unserer engeren Fachgenossen darf der am 14. Juni nach langem schweren Leiden im 55. Lebensjahre gestorbene grosse Chirurg als zu uns gehörig bezeichnet werden. Er war einer der Begründer der modernen Oesophagoskopie und Verfasser der trefflichen Werke: „Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle" (mit Michelson, 1892), wie der „Krankheiten des Mundes" (mit Kümmel, 1898), sowie des Capitels über die Neubildungen der Nase und des Nasenrachenraums in dem Heymann'schen Sammelwerk. — Das Andenken des hervorragenden, liebenswürdigen und bescheidenen Gelehrten wird in den Kreisen der Laryngologie stets in Ehren bleiben.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, August. 1905. No. 8.

I. Philipp Schech †.

Mit tiefster Betrübniss zeigen wir unseren Lesern den Tod Prof. Dr. Philipp Schech's in München an. Nach langen schweren Leiden verschied derselbe am 1. Juli im 60. Lebensjahre. Wenige Menschen haben vielleicht körperlich so viel zu leiden gehabt, wie unser armer College. Seit vielen Jahren vergingen kaum einige Monate, ohne dass er von irgend einer Krankheit schwerer Natur heimgesucht wurde. Lungenentzündung, Diphtherie, Herzleiden, ernste Erkrankungen des Intestinaltractus, Bronchialaffectionen wechselten nur immer mit einander ab, und während er anfänglich mit gutem Humor über seine pathologischen Erfahrungen scherzte, wurde seine Widerstandsfähigkeit durch seine immer mehr überhand nehmenden Leiden allmälig gebrochen, und schliesslich sprach vollständige Hoffnungslosigkeit aus seinen Berichten. Als er mir Ende letzten Jahres — obwohl er selbst damals noch von der Natur des tückischen Leidens, das ihn schliesslich weggerafft hat, keine Ahnung hatte — die Mittheilung machte, er müsse, so leid ihm dies auch thue, von der Mitarbeiterschaft des Centralblatts, dem er seit seiner Gründung als der treuesten Mitarbeiter einer angehört hatte, zurücktreten, da er nicht mehr arbeiten könne — da wusste ich, dass es um ihn sehr schlimm stehen müsse. Denn bei seiner Pflichttreue, bei seiner Liebe für unser Blatt, seiner persönlichen Freundschaft für mich war sein Ausscheiden nur auf Basis der Annahme verständlich, dass es in der That nicht weiter ging!

Der Verlauf hat diese Annahme leider nur zu schnell gerechtfertigt. Das „otium cum dignitate", das ich unserem armen Freunde in der Notiz wünschte, in der ich von seinem Rücktritt Kunde gab,

ist ihm leider nicht beschieden gewesen. Unter immer zunehmenden, zuletzt unsäglich schweien Leiden ist seine Kraft aufgezehrt worden, bis ihm schliesslich der Tod als ein Erlöser kam.

Philipp Schech wurde am 25. December 1845 als Sohn eines Arztes zu Karlstadt in Unterfranken geboren. Er besuchte das Würzburger Gymnasium, absolvirte 1864 das Abiturientenexamen, studirte in Würzburg Medicin, promovirte dort im Jahre 1869, und ging dann zu seiner weiteren Ausbildung nach Berlin und Wien. Schon damals hatte er die Absicht, sich speciell der Laryngologie zu widmen. Der Ausbruch des deutsch-französischen Krieges aber rief ihn nach Würzburg zurück, wo er, der selbst militärfrei war, die Poliklinik übernahm und sich mit Aufopferung an der Pflege der in Würzburg untergebrachten Verwundeten betheiligte. Am 1. Januar 1871 wurde er, gleichzeitig mit Riegel und Jolly, Assistent bei Bamberger, und benutzte seine Freistunden, um sich autodidaktisch als Laryngolog auszubilden. Nach Bamberger's Berufung nach Wien bekleidete Schech noch einige Zeit die Assistentenstellung bei Bamberger's Nachfolger, Carl Gerhardt, und habilitirte sich dann 1872 auf Grund seiner klassischen experimentellen, historischen und klinischen Studie: „Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Kehlkopfnerven und -muskeln", als Privatdocent für Laryngologie in München. Wenn diese Arbeit auch im Laufe der letzten fünfzehn Jahre das Schicksal fast aller medicinischen Erzeugnisse getheilt hat, temporär über der Fülle neuerer Productionen auf demselben Gebiete fast vergessen zu werden, so bleibt ihr doch der Ruhm, für die Dekade nach ihrem Erscheinen als physiologische Grundlage für den derzeit so rapiden Fortschritt unseres Wissens über die Pathologie der Kehlkopfnerven gedient zu haben, und persönlich bin ich davon überzeugt, dass die Geschichte der Laryngologie für diese zu ihrer Zeit durch und durch originelle, gewissenhafte und gediegene Arbeit ein bleibendes Gedenken bewahren wird!

Diese Habilitationsschrift war der Beginn einer reichen literarischen Thätigkeit, die sich — soweit Originalarbeiten in Frage kommen — von 1872 bis 1899 erstreckte, und die verschiedensten Kapitel der Laryngologie und Rhinologie umfasste. Das nachfolgende Verzeichniss von Schech's Schriften, das ich der Güte des Herrn Collegen Neumayer in München verdanke, giebt einen guten Begriff davon, wie fleissig unser heimgegangener Freund war, und welches die Fragen waren, mit denen er sich mit ganz besonderer Vorliebe beschäftigte. Ihren Höhepunkt erreichte Schech's Thätigkeit mit der Herstellung seiner vortrefflichen beiden Lehrbücher: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase" (1884) und „Die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre" (1896), welche beide in rascher Aufeinanderfolge — das letztgenannte in der fast beispiellos kurzen Zeit von 7 Jahren — sechs Auflagen erlebten. Das Lob, das ihnen der damalige Recensent des Centralblattes — der uns leider ebenfalls viel zu früh entrissene Max Schäffer — spendete: „Aus jeder Zeile spricht der erfahrene Praktiker, welcher alle Errungenschaften der Wissenschaft vollkommen beherrscht" — war ein wohlverdientes und findet Anwendung auf alle Schriften Schech's. — Von 1899 an beschränkte sich seine literarische Thätigkeit auf die Herstellung der immer wieder nothwendig werdenden neuen Auflagen seiner Lehrbücher, auf

die Verfassung von zwei Nekrologen auf Max Schäffer und Hugo von Ziemssen und auf seine Arbeit am Centralblatt, der er fast bis an das Ende seiner Tage treu blieb. Die Krankheiten, die nunmehr beinahe unausgesetzt an seinem Hünenkörper zehrten, liessen es von der Wende dieses Jahrhunderts an nicht mehr zu Originalarbeiten kommen.

Unausgesetzt aber bis zum Ende 1904 war Schech in seinem Lehramt und in seiner Praxis thätig. Das Interesse, das v. Ziemssen an ihm nahm, als er 1872 nach München kam, führte bald zu seiner Anstellung als Abtheilungsvorstand für die neubegründete Poliklinik für Nasen- und Halskrankheiten, welche er fast 30 Jahre geleitet und zu grossem Rufe in ganz Deutschland gebracht hat. Als akademischer Lehrer war er sehr beliebt, und aus seiner Schule sind mehrere der gegenwärtig best bekannten Laryngologen und Rhinologen hervorgegangen. — Rühmend wird von seinem Virtuosentalent als Operateur berichtet.

Höher aber als seine Erfolge als Forscher, als Schriftsteller, als Lehrer und als Operateur standen für Jedermann, der das Glück hatte, Schech näher zu treten, die Herzenseigenschaften des Mannes. Von seiner Freundlichkeit gegen seine Schüler und Assistenten, von seiner Güte gegen seine Patienten, namentlich gegen die Armen, erzählt sein Privatassistent, Dr. Friedrich Schäfer, vieles rührende in dem Nachruf, welchen er seinem verstorbenen Chef in den „Münchener Neuesten Nachrichten" gewidmet hat, und dem ich die meisten Daten dieses Nekrologs verdanke. Aber ich selbst habe Philipp Schech seit mehr als einem Vierteljahrhundert geschätzt und geliebt. Aus eigener Kenntniss darf ich sagen, dass er mir stets als das Ideal eines Biedermannes erschienen ist. Kein unlauterer Gedanke trübte die Reinheit der Kinderseele, die in seinem Riesenleibe steckte. Dem Besten seiner Wissenschaft, dem Fortschritt — und zwar dem socialen ebenso wie dem wissenschaftlichen — seiner Specialität waren seine Bestrebungen, seine wärmsten Wünsche gewidmet. Die Verdienste Anderer erkannte er neidlos an und gedachte ihrer, wo immer er konnte. Seinen Freunden war er der treueste, aufopferndste Freund, den Seinen der liebevollste Schützer und Berather. Kein Wunder, dass für den wackeren Mann neben der Verehrung für seine wissenschaftlichen Leistungen ein Gefühl warmer Liebe in den Herzen seiner engeren Berufsgenossen existirte, das seinen Ausdruck noch vor wenigen Wochen in den sympathischen Telegrammen fand, welche ihm sowohl die süddeutsche, wie die neu gegründete deutsche laryngologische Gesellschaft zusandten, als die Berichte Münchener Collegen es leider nicht mehr zweifelhaft erscheinen liessen, dass dieses reiche Leben sich seinem Ende zuneige. Nun hat ihn der Tod von seinen Leiden erlöst und die Freunde stehen trauernd an seiner Bahre. Der Name Philipp Schech's aber, eines der ersten Apostel und eines Pioniers der Laryngologie wird unvergessen bleiben, so lange unsere Specialität besteht.

Felix Semon.

Verzeichniss der von Prof. Dr. Ph. Schech verfassten Arbeiten.

1. Die Atrophia musculorum lipomatosa. Inaug.-Dissert. Würzburg 1870.
2. Zur Casuistik der Perichondritis laryngea. Aerztliches Intelligenzblatt. 1872. No. 23.



3. Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Nerven und Muskeln des Kehlkopfs. Habilitationsschrift. Würzburg 1873.
4. Die Affectionen des Kehlkopfes in ihren Beziehungen zur Phthise. Aerztliches Intelligenzblatt. 1874. No. 24.
5. Ueber Heiserkeit und Stimmlosigkeit. Aerztliches Intelligenzblatt. 1876. No. 8.
6. Die Galvanocaustik in der Laryngochirurgie. Aerztl. Intelligenzblatt. 1877. No. 43 u. 44.
7. Laryngoskopische Mittheilungen. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 1878.
8. Klinische und histologische Studien über Kehlkopfschwindsucht. Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. No. 41.
9. Zur Aetiologie der Kehlkopflähmungen. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1883. No. 8.
10. Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Behandlung. München 1883. Rieger'sche Buchhandlung.
11. Die Tuberkulose des Kehlkopfes und ihre Behandlung. Sammlung klin. Vortr. von Volkmann. No. 230. 8. Serie. 1883.
12. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1884. 1. Aufl. 1901. 6. Aufl.
13. Die sogenannten Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens. Aerztliches Intelligenzblatt. 1884.
14. Ueber Leukoplakia oris. Münchener med. Wochenschr. 1885. No. 40.
15. Das Cocain und seine therapeutische Verwendung bei den Krankheiten des Rachens, der Nase und des Kehlkopfes. Münchener med. Wochenschr. 1885. No. 51.
16. Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall phonischen Stimmritzenkrampfes. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1885.
17. Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminusneuralgie. Münch. med. Wochenschr. 1886. No. 22.
18. Ueber Oesophagitis acuta. Münchener med. Wochenschr. 1886. No. 42.
19. Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien. Internationale klin. Rundschau. 1887.
20. Ueber Asthma. Münchener med. Wochenschrift. 1887. No. 41.
21. Ein billiges Kehlkopfphantom. Münchener med. Wochenschr. 1888. No. 11.
22. Ueber Recurrenslähmung. Münchener med. Wochenschr. 1888. No. 51.
23. Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 10. Internationaler med. Congress zu Berlin 1890.
24. Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1889.
25. Das primäre Lungensarkom. Deutsch. Archiv f. klin. Medicin. 1891. Bd. 47.
26. Diagnose und Therapie der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Deutsch. med. Wochenschr. 1891. No. 6.
27. Ueber Laryngitis fibrinosa. Deutsch. med. Wochenschr. 1894. No. 9.
28. Ueber Mund- und Nasenathmung. Münchener med. Wochenschr. 1895. No. 9.
29. Zur Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterung. Archiv f. Laryngologie. Bd. III. 1895.

30. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1. Aufl. 1896. 6. Aufl. 1903.
31. Innere Behandlung der Erkrankungen des Kehlkopfes. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von Penzoldt und Stintzing. 1897.
32. Symptomenlehre der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von P. Heymann. 1897.
33. Ueber den Husten, speciell den nervösen. Münch. med. Wochenschr. 1897. No. 26.
34. Die Erkrankungen der Berufsredner und Sänger. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1897. No. 6.
35. Die tuberkulöse Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von P. Heymann. 1898.
36. Die Laryngitis exsudativa. Münchener med. Wochenschr. 1898. No. 26.
37. Zur Pathologie der Keilbeincaries. Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 27.
38. Syphilis der Nase. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von P. Heymann. 1899.
39. Ueber maligne Rachengeschwülste. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1899. No. 10.
40. Dr. Max Schaeffer, Nekrolog. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1900. No. 9.
41. Hugo von Ziemssen, Nekrolog. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. 1902. No. 4.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) P. Mc. Bride. **Otologie, Laryngologie und Rhinologie. (Otology, Laryngology and Rhinology.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1905.*

In der Centenarnummer des Journals giebt Verf. einen kurzen Ueberblick über die Fortschritte, die von den drei Specialfächern gemacht worden sind und erwähnt eine grosse Anzahl interessanter historischer Details.

A. LOGAN-TURNER.

2) Armand (Lyon). **Bulbärsymptome infolge Compression peripherer Nerven. (Syndrome bulbaire par compression des nerfs périphériques.)** *Société de médecine de Lyon. 28. November 1904.*

Es handelte sich um eine Patientin mit einem ulcerirten Tumor des Cavum, bei der Nervensymptome auftraten, die einen bulbären Symptomencomplex vortäuschten: halbseitige Atrophie der Zunge, Dysphagie, Lähmung der rechten Stimmlippe, die in Cadaverstellung steht, rechtsseitige Gaumensegellähmung. Garel, in dessen Namen die Kranke vorgestellt wird, ist der Meinung, dass es sich nicht um bulbäre Symptome, sondern um Compression peripherer Nerven handele.

PAUL RAUGÉ.

3) **Fein. Quetschung des Nervus vagus oberhalb des Abganges des Nerv. laryng. super.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung am 7. April 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Selbstmordversuch durch „Erhängen“, Reissen der Schnur. Stimmverlust, Unmöglichkeit zu Schlucken, Herzpalpitationen. Die Stimmbänder stehen noch nach 11 Tagen 2—3 mm von der Mittellinie fixirt (Zwischenstellung Fein). — Nach dem Symptomencomplex muss man eine Schädigung des Stammes des Nerv. vagus oberhalb des Abganges des Nerv. laryngeus super. und unterhalb der Abzweigung des Nerv. pharyngeus annehmen. In der Discussion erwähnt Grossmann, dass die Herzpalpitationen durch eine vorübergehende Lähmung der beiden N. vagi erklärbar sind und Fein jedenfalls die Rami cardiaci nervi vagi gemeint hat, was letzterer bejaht.

CHIARI.

4) **Fein. Drei Fälle von leichten Verletzungen im Halse.** *Wiener klin. Rundschau. No. 1. 1905.*

1. Bruch des linken Seitentheiles des Ringknorpels mit Hämatombildung an der Aussenseite desselben und in der linken aryepiglottischen Falte. — Spontanheilung nach 14 Tagen. Aetiologie: Trauma (Fall auf eine Kante bei gestrecktem Halse).

2. Verletzung der Epiglottis durch einen Glassplitter.

3. Einspiessen eines spitzen Fremdkörpers in die Schleimhaut der hinteren Rachenwand derart, dass der Fremdkörper unter die Schleimhaut und nach einer kurzen Strecke wieder aus derselben gedrungen und so fixirt blieb.

CHIARI.

5) **Peter Hager** (Budapest). **Ueber die leprösen Veränderungen der oberen Luftwege.** *Wiener med. Wochenschr. No. 45. 1904.*

Seine Fälle sprechen nicht für die Ansicht, dass der Primäraffect der Lepra in der Nase zu suchen ist, dagegen bestätigen die Fälle die Annahme, dass das Nasensecret auch schon im Frühstadium der Lepra der Verbreiter der Krankheit sein kann.

HANSZEL-CHIARI.

6) **Halbhuber. Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstractes.** *Wien. med. Presse. No. 1. 1905.*

Der Autor pflichtet den Ausführungen Weitlauer's in No. 49 der Wiener med. Presse vollauf bei und hält bei oben genannten Erkrankungen des Natron salicylicum für ein ausgezeichnetes Mittel.

HANSZEL-CHIARI.

7) **Saenger** (Magdeburg). **Zur Behandlung von Katarrhen der Luftwege und der Lunge mit Arzneidämpfen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 34 u. 35. 1904.*

S. construirte einen neuen Arzneiverdampfungsapparat, der eine bequeme und zugleich wenig kostspielige Verabfolgung der Inhalationsmittel (Menthol, Thymol, Eucalyptol etc.) ermöglicht.

CHIARI.

8) **E. Schindler** (Prag). **Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Jothion“.** *Prager med. Wochenschr. No. 39. 1904.*

Das Mittel, welches ein Jodwasserstoffsäureester von öliger Consistenz mit 70pCt. Jodgehalt ist, wird in Salbenform (Iothion 2,0; Cerae alb., Lanolini anhydr.

aa 0,5) in die Haut eingerieben und soll ein zweckmässiges Ersatzmittel für Jodkalium sein. Iothion in genannter Form verabfolgt wirkt gänzlich reizlos.

CHIARI.

9) **B. Müller** (Hamburg). **Zur Verwendung des Suprarenins und Adrenalins bei Blutungen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 35. 1904.*

M. lies nach seinen Angaben von der Firma Max Arnold in Chemnitz (Sachsen) mit genannten Mitteln imprägnirte Gaze, Watte und fertige Tampons herstellen. Die Gaze enthält $^1/_2$—1 pCt. Suprarenin resp. Adrenalin, die Watte 1 pM.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Müller** und **Rau** (Stuttgart). **Ueber Erkenntniss und Behandlung der wichtigsten Schnupfenformen.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 5—8. 1905.*

Das Wort Schnupfen ist hier in seiner weitesten volksthümlichen Bedeutung genommen und soll darunter jede Art von abnormer Nasenabsonderung verstanden werden. Dementsprechend ist nicht nur der acute Schnupfen, sondern auch die nervösen Schnupfen incl. Heuschnupfen und die verschiedenen Eiterungsprocesse in der Nase bis zur Ozaena abgehandelt.

SEIFERT.

11) **Föhr** (Marbach). **Schnupfen bei Pferden.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 10. 1905.*

Bei einem seiner Pferde fand Föhr einen stinkenden Ausfluss aus der einen Nasenseite: der ursprüngliche Verdacht auf Rotzinfection wurde bald aufgegeben und die Diagnose auf eitrige Entzündung einer Nebenhöhle der Nase gestellt. Trepanation und Ausspülungen mit Argentum nitricum brachten bald Heilung.

SEIFERT.

12) **Heinemann** (Rixdorf). **Tracheotomie infolge schwerster Rhinitis bei einem vierwöchentlichen Kinde.** *Arch. f. Kinderheilkde. 39. Bd. 1904.*

Ein 4 wöchentliches Kind erkrankte an acuter Rhinitis, konnte nicht mehr die Brust nehmen, hatte grosse Athembeschwerden, Husten, wurde sehr apathisch, so dass sich H. zur Tracheotomie entschloss. Nach Einführung der Canüle trat ruhige Athmung ein, das Kind belebte sich, und schon nach wenigen Minuten saugte es mit vollen Zügen an der Brust. Glatte Heilung.

SEIFERT.

13) **Broeckaert. Rhinitis vegetans. (Rhinite végétante.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 6. 1904.*

Nach dem Autor existirt 1. eine Form chronischer Rhinitis, welche von einer Production kleiner nicht gestielter Tumoren begleitet ist, welche auf der Nasenscheidewand oder gar auf den Muscheln aufsitzen und durch gewisse Charaktereigenthümlichkeiten als „Tuberculome“ oder „Lupome“ imponiren könnten.

2. Vom histologischen Gesichtspunkte aus kann man diese Vegetationen nicht mit tuberculösen Producten verwechseln, da letztere aus Riesenzellen zusammengesetzt einer käsigen Metamorphose anheimfallen.

Sie rangiren vielmehr zur Klasse der einfachen Granulome und müssen als Entzündungsproducte, als Bindegewebshyperplasie, wahrscheinlich bacillären Ursprungs, angesehen werden.

3. Die Diagnose stützt sich auf die negativen Resultate, welche sich bei der Einimpfung in die vordere Kammer des Kaninchenauges oder in das Peritoneum des Meerschweinchens ergaben.

BAYER.

14) **W. Freudenthal** (New York). **Rhinitis rheumatica.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. 9. September 1903. Carl Marhold, Halle a/S.*

Es giebt 2 Varietäten, eine mit sichtbaren Veränderungen in und an der Nase und eine ohne dieselben.

An der Aussenseite der Nase bemerkt man Schwellungen und Erythema multiforme, im Inneren findet sich Schwellung und Röthung einer oder mehrerer Muscheln, die auf Cocain nicht recht abschwellen; die Pat. klagen über Schmerzen in der Nase, die bei Berührung sich steigern, oft plötzlich lebhaft exacerbiren, in den Kopf und die Ohren ausstrahlen können, nicht selten den rheumatischen Schmerzen in den Gelenken voraufgehen und auf innerliche Darreichung von Salicylpräparaten nachlassen oder schwinden.

Der Rheumatismus zeigt sich auch in der Nase ebenso wie in anderen Theilen des menschlichen Organismus.

A. ROSENBERG.

15) **de Simoni** (Mailand). **Ueber einen Fall von Aktinomykose der Nasenhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 37. 1904.*

Bei einer 29jährigen Frau stellte sich plötzlich blutig eitrige Secretion aus einer Nasenseite ein, wozu eine Schwellung am Gaumen trat, die rasch ulcerös zerfiel. Einige Zähne fehlten, andere waren cariös. Die Diagnose war Anfangs schwierig.

CHIARI.

16) **Kessler** (Muttersholz). **Ein Beitrag zur Cystenbildung in den Polypen der Nase und des Kehlkopfes.** *Dissert. Würzburg 1903.*

Die von Kessler unter der Leitung von Borst untersuchten Fälle stammen aus der Klinik von Seifert. In dem ersten Falle handelte es sich um eine Knochencyste, in dem zweiten Falle um eine Drüsencyste der mittleren Muschel. Ein weiterer Fall bezieht sich auf eine Drüsencyste in einem Stimmbandfibrom und der letzte auf eine Cyste in einem Stimmbandpolypen, welche durch blutige Erweichung des Bindegewebes entstanden war.

SEIFERT.

17) **M. Hajek.** **Ein Beitrag zur Recidive der Nasenpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 489.*

Bei einem Patienten mit hochgradiger Polyposis der Innenbekleidung des in eine Höhle umgewandelten Siebbeinlabyrinths ohne Empyem, sah Verf. nach anscheinend vollständiger Entfernung aller Polypen wiederholt plötzliche Recidive von grossen Polypen, deren Ansatz sich in den Hiatus verfolgen liess. Da im Nasengang selbst keine Verdickung bestand, stellte Verf. die Diagnose auf Polyposis der Kieferhöhle ohne Empyem — bei Punction des Antrum war das Spülwasser klar abgeflossen; die Durchleuchtung hatte anfangs kein Resultat, zu-

letzt eine leichte Verdunkelung des entsprechenden Infraorbitalrandes ergeben. — Die Operation nach Luc-Caldwell bestätigte die Diagnose und führte zur Heilung. Den 3 bisher bekannten Ursachen für Recidive der Nasenpolypen: 1. Mangelhafte Entfernung, 2. tiefe, bis in das Knochenmark vorgedrungene Entzündung, 3. Uebersehen einer Nebenhöhlenaffection, reiht Verf. danach als 4. die polypöse Degeneration der Nebenhöhlenbekleidung an. F. KLEMPERER.

18) **Lenn Emerson. Gelappter Nasenpolyp, beide Nasengänge völlig verlegend. (Lobulated nasal polypus completely obstructing both channels.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

19) **Harmon Smith. Eine Betrachtung über Leisten und Verbiegungen der Scheidewand. (A consideration of septal spurs and deflections.)** *International Journal of Surgery. December 1904.*

Verf. hat eine Art Kreismesser zum Durchschneiden der Schleimhaut und zur Abpräparirung des Lappens angegeben. Er spricht aus, dass mehr Urtheil dazu gehört, zu entscheiden, wenn bei Leisten und Deviationen keine Operation angebracht ist, als wenn es nöthig ist, zu operiren. EMIL MAYER.

20) **M. S. Schirmunski** (St. Petersburg). **Beitrag zur operativen Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1904.*

Nach Erörterung der verschiedenen Formen der Nasenscheidewandverbiegungen, der Entstehungsursachen und der mannigfachen therapeutischen Methoden zu deren Beseitigung empfiehlt Autor seine Operationsmethode. Dieselbe besteht aus drei Momenten: 1. „Durchschneidung der ganzen Dicke der Nasenscheidewand mittels besonderer, kreuzförmig schneidender Zange". 2. „Einführung eines mit Gummiröhrchen armirten Compressors, der 3 Tage lang liegen bleibt, jedoch alle 24 Stunden entfernt und wieder eingeführt wird" und 3. „Einführung von Metallröhrchen, die mit Gummi oder aseptischer Gaze bedeckt sind", 2—3 Wochen lang auf der Seite der früheren Verbiegung getragen und alle 24—48 Stunden behufs Reinigung entfernt werden. Die Operation erfolgt unter Cocain-Adrenalin-Anästhesie. Das Instrumentarium ist in der Arbeit abgebildet. HECHT.

21) **Charles M. Robertson. Beobachtungen über die verschiedenen Formen von Operationen für Correction von Septumdeformitäten. (Observations on the different forms of operation for the correction of septum deformities.)** *Chicago Medical Recorder. 15. December 1904.*

Bei den durch Traumen verursachten Deformationen, wo eine erhebliche Einsenkung der Nase besteht, ist eine Operation von aussen angezeigt. In 2 Fällen hat Verf. gute Resultate durch folgendes Verfahren erzielt: Längsschnitt, Trennung des knorpligen vom knöchernen Septum, Loslösung der Nasenbeine und Aufrichtung derselben, indem eine starke Drahtsutur tief unten durch das knorplige und knöcherne Septum gelegt wird. EMIL MAYER.

22) **K. Zarniko** (Hamburg). **Ueber die Fensterresection der Deviatio septi.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 248.*

Verf. rühmt die Operation, die ihm unersetzlich erscheint und werth, in die Reihe der typischen Operationen aufgenommen zu werden, die jeder Rhinologe beherrschen muss. Er hat sie anfänglich nur in Fällen hochgradiger Deviation ausgeführt, ist aber bei zunehmender technischer Fertigkeit durch die wirklich vortrefflichen Resultate dazu geführt worden, sie auch in mittelschweren Fällen zu empfehlen. — Bezüglich der von Hajek besprochenen postoperativen Deviationen theilt Verf. einen Fall mit, in welchem durch Ansaugung des dem Septum stark angenäherten schlaffen linken Nasenflügels zwei Tage nach der Operation die Nasenscheidewand wieder nahezu in der alten Lage sich vorfand; es wurde einige Tage ein Gummirohr eingelegt und das Nasenloch durch einen Schmidthuisen'schen Ring offen gehalten, worauf sich das Septum bald in die richtige Lage gewöhnte.

F. KLEMPERER.

23) **Killian** (Freiburg). **Submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand. (Submucous window resection of the nasal septum.)** *Journal of the Eye and Ear and Throat diseases. Januar-Februar 1905.*

Uebersetzung des im Archiv für Laryngologie veröffentlichten Artikels.

EMIL MAYER.

24) **Baumgarten** (Budapest). **Die Hämatome der Nasenscheidewand, deren Umwandlungen und deren einfache Behandlungsart.** *Wiener klin. Rundschau. No. 13. 1905.*

B. fand das Hämatom am häufigsten im Kindesalter, es hat traumatische Aetiologie, ist meist ein symmetrisches Blutextravasat zwischen Knorpel und Perichondrium. Therapie: Locale Eisapplication und beiderseitige Tamponade mit trockenen Wattewickeln, so dass ein ständiger Druck auf das Hämatom ausgeübt wird. Auf diese Art konnte B. häufig verhindern, dass aus dem Hämatom ein Abscess wurde (in 5 von 40 Fällen).

CHIARI.

25) **Massei. Hämatom des knorpeligen Septums. (Ematoma del setto cartilagineo del naso.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1905.*

Darstellung der Aetiologie, pathologischen Anatomie, Symptome, Diagnose und Behandlung.

FINDER.

26) **E. A. Beard. Primäres Carcinom der Nasenscheidewand. (Primary carcinoma of the nasal septum.)** *Western Medical Review. Februar 1905.*

Die Geschwulst hatte ihren Sitz an der Stelle der Nasenscheidewand, wo das häutige in das knorplige Septum übergeht. Pat. war ein 46jähriger Mann. Der Tumor wurde entfernt. Es handelte sich um ein primäres Carcinom.

EMIL MAYER.

27) **Hermann W. Freund. Die Veränderungen des Nasenrachenraumes bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.** *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XX. H. 2.*

Angeregt durch die bekannten Fliess'schen Angaben, hat der Verf. bei

einer Anzahl von Frauen die Nase und den Nasenrachenraum während der Schwangerschaft, während der Geburt und unmittelbar nachher im Wochenbett untersucht, „um", wie er selbst sagt, „eine anatomisch-physiologische Grundlage für die Beziehungen zwischen der Nase und den weiblichen Geschlechtsorganen zu schaffen". Als das am meisten in die Augen fallende Resultat der (an 105 Frauen vorgenommenen) Untersuchung bezeichnet er S. 221 „die Thatsache, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Schwangeren die gleichen Veränderungen in der Nase existiren". „Kurz gesagt, bestehen die Veränderungen in Hyperämie der Schleimhaut und Hypertrophie der Muscheln". Die ziffermässige Basis für diese Behauptung sieht Freund darin, dass nach seiner Zusammenstellung „69 von 105 Schwangeren, die er untersuchte, Hyperämie und Muschelhypertrophie in ausgesprochenem Maasse darboten, das sind rund 66 pCt." (S. 223).

„Selbst bei ausgesprochener Ozaena kann sich die Macht der Schwangerschaft doch in Hyperämie und Muschelhypertrophie documentiren". (S. 226). Die nasalen Schwangerschaftserscheinungen, die Blutüberfüllung und Hypertrophie, finden sich wiederholentlich in so frühen Stadien der Schwangerschaft, dass hieraus „zur Genüge bewiesen wird, dass der Schwangerschaftszustand zu jeder Zeit seinen Einfluss zur Geltung bringen kann und dass nicht etwa ein progredienter Process mit der weiterschreitenden Entwickelung des Eies, resp. der Grössenzunahme der Gebärmutter, der Erschwerung von Circulation und Athmung etc. vorliegt" (S. 225). Eine Periodicität in den nasalen Schwangerschaftserscheinungen giebt es, wie Freund im Gegensatz zu Fliess feststellt, nicht (S. 225).

Das Stillen im Wochenbett, das doch einen eminenten nervösen Reiz darstellt, ruft keinerlei Veränderungen im Naseninnern hervor (S. 390). Hiernach hält der Verf. es für zweifelsohne, dass directe physiologische Beziehungen zwischen der Nase und dem weiblichen Geschlechtsorgane bestehen; diese werden vorwiegend durch das Blut und den Circulationsapparat vermittelt, — „die innere Eierstockssecretion veranlasst Circulationsveränderungen, welche ihrerseits Veränderungen wie die Hypertrophie der Nasenmuscheln bedingen", nicht aber, wie Fliess angegeben hat, auf dem Wege des nervösen Reflexes.

In der thatsächlichen Existenz dieser Beziehungen sieht er eine Basis für die Fliess'schen Angaben von der nasalen Dysmenorrhoe, die nach Freund's Ansicht ganz gewiss nicht durch die Annahme einer Suggestion zu erklären sind.

Die Anschwellung der Muscheln während der Geburtswehen wird von Freund als eine wesentliche Unterstützung der die Geburtsarbeit auslösenden Reflexe betrachtet (S. 392). In drei Fällen von schwerem Erbrechen während der Schwangerschaft hat Freund durch galvanokaustische Aetzung der hypertrophischen Nasenmuscheln einen überraschenden Erfolg gesehen.

Uteruscontractionen wurden durch diesen Eingriff nicht ausgelöst. Der Versuch, das Erbrechen auf suggestivem Wege durch Mentholschnupfpulver zu beeinflussen, schlug fehl. Verf. verwahrt sich aber ausdrücklich gegen eine kritiklose Verallgemeinerung dieser Erfahrung.

A. KUTTNER.

28) **Notiz des Herausgebers. Gegen Nasenrachenreizung mit Husten. (For nasopharyngeal irritation with cough.)** *N. Y. Medical Record. 21. November 1903.*

Rp. Menthol. 0,2
Acid. boric. 4,00
Petrolati 30,00

MDS. Mehrere Male täglich ein bohnengrosses Stück in beide Nasenseiten einzuführen.

LEFFERTS.

29) **Stanley Blacker. Eine retropharyngeale Blutcyste in einem Fall von Purpura haemorrhagica. (A retropharyngeal blood cyst in a case of purpura haemorrhagica.)** *Lancet. 1. October 1904.*

Ein 8monatliches Kind litt an wiederholtem Nasenbluten. Es traten überall auf dem Körper dunkelrothe Flecken auf und das Kind begann an Dysphagie und Dyspnoe zu leiden. Nach 5 Tagen wurde es in ein Krankenhaus aufgenommen; es trat gelegentlich Blutbrechen auf. Im Nasenrachen fühlte man einen elastischen Tumor. Da die Dyspnoe zunahm, wurde der Tumor incidirt; das Kind ging an der Blutung zu Grunde. Post mortem wurde Herz, Lunge und Nebennieren normal befunden.

ADOLPH BRONNER.

30) **Piéchaud** und **Rocher. Behandlung des retropharyngealen Abscesses auf dem cervico-lateralen Wege. (Traitement do l'abscès froid rétro-pharyngien par la voie cervico-latérale.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. No. 34. 1904.*

Verf. haben auf dem angegebenen Weg eine Patientin, die schwere Symptome von Dyspnoe und Dysphagie darbot, mit gutem Erfolg behandelt.

E. J. MOURE.

31) **Paul Tissier. Diagnose und Behandlung der Retropharyngealabscesse. (Diagnostic et traitement des abscès rétro-pharyngiens.)** *Presse thérapeutique. 10. October 1904.*

Eine rein didactische Studie.

A. CARTAZ.

32) **Loose** (Bremen). **Ueber Retropharyngealabscesse.** *Dissert. Strassburg 1904.*

Mittheilung von 13 Fällen, von denen einer dadurch interessant ist, dass der Eiter aus dem inneren Ohr strömte, sich abwärts senkte und an der hinteren Pharynxwand als Abscess zum Vorschein kam.

SEIFERT.

33) **David Cheever. Herzcollaps während der Untersuchung eines retropharyngealen Abscesses; Incision; Wiederherstellung der Circulation für vier Stunden durch Herzmassage; Tod. (Cardiac collapse during examination of a post-pharyngeal abscess; incision; circulation reestablished and maintained for four hours by massage of the heart; death.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. Januar 1905.*

Der Fall betraf ein 3jähriges Mädchen. Verf. giebt die Krankengeschichte und erörtert im Anschluss an diese die Gründe für die schwere Prostration, die man oft bei acuten und subacuten retropharyngealen Abscessen sieht; sie bestehen in der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Schlaflosigkeit, Toxämie, ungenügender

Sauerstoffaufnahme in den Fällen von behinderter Athmung. Wenn nun bei den Vorbereitungen zur Operation der Kopf nach hinten über gelegt und der Mund weit geöffnet wird, so wird die Tendenz einer Annäherung zwischen Zungenbasis und hinterer Pharynxwand noch gesteigert, wenn man nicht die Zunge stark nach vorwärts zieht. So kann eine plötzliche vorübergehende Asphyxie zu Stande kommen, die bei den heftigen Abwehrbewegungen des sich sträubenden Kindes leicht zu einem Herzcollaps führen kann. Möglicherweise wird auch durch die Reizung der sensorischen Endigungen des N. laryngeus superior in Mund und Rachen in Folge der nothwendigen Manipulationen reflectorisch ein Herz- und Athemstillstand auf dem Wege durch den Pneumogastricus und Sympathicus verursacht. In solchen Fällen würde die praeliminare Tracheotomie angebracht sein; sie sollte schnell unter Cocain, ja auch ohne jede Anästhesie ausgeführt werden. Die Incision des Abscesses kann dann, wenn nöthig, aufgeschoben werden, bis der Allgemeinzustand sich gebessert hat.

EMIL MAYER.

34) **Payr** (Graz). **Ueber neuere Methoden zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachenraumes, mit besonderer Berücksichtigung der Kocher'schen osteoplastischen Resection beider Oberkiefer.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 72. H. 2. 1904.*

Nach einleitenden Bemerkungen zur Geschichte der Operation der Nasenrachentumoren schildert Verf. an der Hand eines von ihm operirten Falles die grossen Vorzüge der Kocher'schen Methode, die mehr leistet als alle anderen bisher geübten osteoplastischen Voroperationen am Oberkiefer, Gaumen, Nase und Jochbein, da sie das Operationsfeld in idealer Weise freilegt.

SEIFERT.

35) **Sokolowski. Ein Fall von Nasenrachengeschwulst. (Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medycyna. No. 45. 1903.*

Verf. demonstrirte in der Warschauer Laryngolog. Gesellschaft einen 8jährigen Knaben, bei welchem vollständige Nasenobstruction seit längerer Zeit bestand und Athemnoth und Schlaflosigkeit in der letzten Zeit hinzutrat. Als Ursache wurde ein sehr grosser Nasenrachenpolyp entdeckt, welcher bis an den unteren Rand der Uvula hinragte. Die Geschwulst, welche in dieser Grösse bei Kindern ziemlich selten vorkommt, wurde radical mittelst Schlinge exstirpirt. Mikroskopisch zeigte sie fibröse Structur.

A. v. SOKOLOWSKI.

36) **Sinotecki. Ein Fall von doppelten nasopharyngealen Geschwülsten. (Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medycyna. No. 44. 1903.*

Bei einer 18jährigen Kranken befanden sich beiderseits Tumoren. Der eine nahm seinen Ursprung aus der hinteren Nasenöffnung, der zweite vom Vomer. Die Tumoren wurden mittelst einer seidenen Ligatur in Verbindung mit der Drahtschlinge entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

37) **Gordon King. Eine Methode zur schnellen Exstirpation von Nasenrachenfibromen nebst Bericht von Fällen. (A method of rapid extirpation of nasopharyngeal fibromata with report of cases.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Decbr 1903.*

Verhandlungen der Amerikanischen Laryngol. Gesellschaft. Cf. Centralblatt. XX. S. 110.

LEFFERTS.

38) **Zogucki. Ein Fall von Fibrom der Nasenrachenhöhle. (Przypadek wióknaka nose-gawzielowej.)** *Medycyna. No. 39. 1904.*

Bei einem 10jährigen Knaben, der über völlige Nasenverstopfung klagte, befand sich eine Geschwulst in beiden Nasengängen, wie auch im Cavum retronasale. Die Geschwulst entsprang von der unteren, rechten Muschel und hatte eine hufeisenförmige Gestalt, indem der rechte Arm die rechte und der linke Arm die linke Nasenhöhle ausfüllte. Die Mitte und der mittlere Theil umfasste den hinteren Theil des Septum und ragte in den Nasenrachenraum hinein. Diese Geschwulst wurde mittelst kalter Schlinge operirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Gauthier. Ueber die Insertionen der fibrösen Nasenrachenpolypen und ihre Behandlung. (Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement.)** *Thèse de Bordeaux. 1904.*

Diese Tumoren können nicht nur an der Schädelbasis, sondern auch an den seitlichen Pharynxwänden, den Choanen, sogar in den Nebenhöhlen, kurz überall da inseriren, wo eine fibro-periostale Membran besteht. Der beste Weg, um diese Geschwülste zu beseitigen, sei der durch den Gaumen.

E. J. MOURE.

40) **Chevalier Jackson. Fibrom des Nasenrachens; Tracheotomie, Ligatur der Carotis externa; Exstirpation. (Fibroma of the nasopharynx, tracheotomy; external carotid ligation; extirpation.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Nach der Anwendung von Aether und Chloroform trat sofort Cyanose auf; es wurde die Tracheotomie gemacht und die Narkose durch die Canüle fortgesetzt. Dann wurde die Carotis externa zwischen der A. lingualis und der A. thyreoidea superior unterbunden. Desgleichen wurde die A. pharyngea ascendens nahe ihrem Ursprung unterbunden. Mittels einer besonderen Schlinge wurde der Tumor abgeschnürt, der Rumpf mit schneidenden Zangen abgetragen und der Nasenrachen mit einem grossen Gazebausch austamponirt. Bereits eine Woche nach der Operation konnte der Pat. als geheilt entlassen werden; man fühlte schon schwache Pulsation an der Temporalis.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

41) **C. Ceccherelli. Ueber die nervöse Sinnesempfindung in der Zungenschleimhaut des Menschen. (Sulla espansiono nervose di sense nella mucosa della lingua dell'uomo.)** *Anat. Anzeiger. XXV. 2/3. p. 56.*

Uebersicht über die Vertheilung der verschiedenen Nervenendigungen im Epithel, Stratum papillare, subpapillare und Corium.

J. KATZENSTEIN.

42) **J. Chaine. Neue Untersuchungen über die Zungenmusculatur der Vögel. (Nouvelles recherches sur la musculature de la langue des oiseaux.)** *Compt. rend. Soc. de Biolog. T. 57, P. 25. p. 110.*

Der Hypoglossus ist bei Mergus serrator durch den Keratoglossus ersetzt. Bei Podiceps fluviatilis fehlt dieser Muskel.

J. KATZENSTEIN.

43) **Meerwein** (Basel). **Das Verhalten von Herz und Zunge bei den primären Myopathen; speciell bei der Pseudomuskelhypertrophie der Kinder.** *Dissert. Basel 1904/5.*

Neben wahrer weist die Zunge auch Pseudohypertrophie und halbseitige Hypertrophie auf. Sie nimmt an den anderen myopathischen Allgemeinprocessen sehr häufig Theil. Atrophie fand sich beim Typus Landouzy-Déjerine.

JONQUIÈRE.

44) **Chevalier. Ueber die schwarze Zunge. (De la langue noire.)** *Archives méd. Belgse. November 1904.*

Erscheinungen von Botulismus bei einem Soldaten, herrührend vom Genuss verdorbenen Schinkens: Trockenheit im Halse, Constipation, Gesichtsstörung (Mydriasis) und als specielles Symptom schwarze Zunge; der Autor sieht darin eine trophische Ernährungsstörung localisirt auf die Epithelien der Papillae filiformes der Zunge.

BAYER.

45) **F. Schilling. Die Secretion der Speicheldrüsen im Kindesalter.** *Gesellsch. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte in Cassel. 2. Theil. 2. Hälfte. Med. Abtheil. S. 249. 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

46) **J. F. Chandler. Mumps.** *Medical Fortnightly. 10. December 1904.*

Eine nichts Neues bietende Abhandlung.

EMIL MAYER.

47) **Brennan Dyball** (Exeter). **Parotitis nach Verletzung oder Erkrankung der Bauch- oder Beckeneingeweide. (Parotitis following injury or disease of the abdominal or pelvic viscera.)** *Annals of Surgery. December 1904.*

Die Parotitis kommt in diesen Fällen zu Stande dadurch, dass toxische Substanzen, die in das Blut aufgenommen sind, auf die Drüse einwirken, die einen locus minoris resistentiae darstellt.

EMIL MAYER.

48) **M. Bön. Speichelsteine des Stenon'schen Canals. (Caculs du canal de Sténon.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 42. 1905.*

Länglicher, gelblicher, sehr fragiler Speichelstein von der Grösse und Form eines Citronenkerns mit rauher Oberfläche, nahe an der Mündung des Canals in einer Ausbuchtung desselben festsitzend, liess sich leicht nach vorheriger Erweiterung des letzteren Tags darauf auspressen. Rasches Verschwinden aller Symptome.

BAYER.

49) **Vincenzo Chirivini. Fibrosarcoma endotheliale der sublingualen Speicheldrüsen. (Fibro-sarcoma endoteliale delle glandule salivari sottolinguali.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Januar 1905.*

Es handelte sich um einen klinisch und histologisch interessanten Fall, der zuerst zu einem diagnostischen Irrthum Anlass gab. Die Patientin, um die es sich handelte, war in der Spätperiode der Syphilis und ihr Arzt hielt die Anschwellung, die unter der Zunge auftrat, für eine specifische. Ch. exstirpirte den Tumor und wies mikroskopisch seine wahre Natur nach.

FINDER.

50) **W. A. Bryan. Operation wegen Gaumenspalte und Hasenscharte. (Operation for cleft palate and harelip.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. September 1904.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

51) **George V. J. Brown. Eine Methode zur chirurgischen Behandlung von Hasenscharte und Gaumenspalte. (A system for the surgical correction of harelip and cleft palate.)** *Journal of the American Medical Association. 18. März 1905.*

Bei den vorgestellten Patienten, die Verf. nach seiner Methode erfolgreich operirt hat, weist er unter anderem darauf hin, dass manche mit fast völligem Defect des Gaumens fast ebenso gut oder besser sprachen, als andere, bei denen nur ein geringer Defect des Velum bestand. Um ein möglichst günstiges Resultat zu erzielen, ist es nöthig, dass der Gaumen in möglichst vollkommener Form wiederhergestellt wird. Sehr wesentlich ist, dass nicht Narben und Muskelspannung die zum Sprechen nöthigen Bewegungen hindern. Verf. bespricht ausführlich die Nachbehandlung der Operation. Er lässt alle Stunden den Mund abwechselnd mit Wasserstoffsuperoxyd und $2^1/_2$ proc. Carbolsäure auswaschen und dasselbe mindestens einmal des Nachts wiederholen. Ferner soll durch Nase und Mund ein sprayförmig zerstäubtes Oelpräparat eingeathmet werden.

EMIL MAYER.

52) **U. A. Betti. Lähmung des Gaumensegels bei Pneumonie. (Paralisi dal velo pendolo in polmonitico.)** *Policlinico Sezione pratica. 1903.*

Bei einem Knaben, bei dem jede Affection im Rachen auszuschliessen war, zeigte sich vom 5. Tage der Pneumonie eine rechtsseitige Gaumensegellähmung, die in der Reconvalescenz wieder verschwand und die als toxische Paralyse gedeutet wird.

FINDER.

53) **Vincenzo Mangeri. Primäres Syphilid des hinteren Gaumenbogens. (Sifiloma primario dal pilastro palatino posteriore.)** *Bolletino delle Malattie dell' orecchio. Mai 1905.*

Ein 22jähriger Patient klagte über rechtsseitige Halsschmerzen; in der rechten Submaxillardrüse fand man eine hühnereigrosse geschwollene indolente Drüse. An der Basis der rechten hinteren Gaumenbogens zeigte sich eine ausgedehnte rundliche Continuitätstrennung mit scharfen Rändern und speckigem Belag. Sonst nichts auf Lues Beziehbares am Körper nachweisbar. Nach 20 Tagen war unter subcutanen Hg.-Injectionen das Geschwür verschwunden und nun trat am Rumpf eine charakteristische Roseola auf, zugleich mit rosenkranzförmig angeordneter Lymphdrüsenschwellung in der Leistengegend und Drüsen am Ellenbogen. Ungefähr 20 Tage nach Verschwinden des Primäraffects zeigten sich Plaques muqueuses der Tonsillen. Die Anamnese ergab die Möglichkeit einer Erklärung für die Localisation des Primäraffects.

FINDER.

54) **v. Hacker. Luetischer Defect des Gaumens.** (Verein der Aerzte in Steiermark, Sitzung am 24. October 1904.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Der Defect war ähnlich einer angeborenen medianen Spalte und wurde operativ geschlossen. Uranostaphyloplastik nach Billroth - v. Langenbeck mit Entspannung der Gaumenmuskeln durch Verlagerung der durchmeisselten medialen Platte des Proc. pterygoideus. Vollkommen günstiger Erfolg. CHIARI.

55) **Alfredo Perugia. Carcinom des harten Gaumens mit Radium geheilt. (Carcinoma del palato duro guarito col radio.)** *Gazzetta degli ospedali. No. I. 1905.*

Das Charakteristische in der Wirkung des Radium liegt nach dem Verf. darin, dass durch dasselbe die Carcinomzellen völlig zur Resorption gelangen können. In dem von ihm berichteten Fall hatte das Carcinom eine Längsausdehnung von 3 cm und einen Querdurchmesser von 2,6 cm. Die Application der Strahlen dauerte vom 29. Juni bis Ende October; der Tumor verschwand völlig, die Schleimhaut an der Stelle seines Sitzes ist normal. FINDER.

56) **J. Molinié** (Marseille). **Obliteration der pharyngealen Oeffnung der Tuba Eustachii mit gleichzeitiger ringförmiger Stenose des Isthmus pharyngis. (Obliteration of the pharyngeal orifice of the Eustachian tube coexistent with annular stenosis of the epipharyngeal isthmus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1904.*

Die hier beobachtete Obliteration ist charakterisirt durch die Anwesenheit einer Art von fibro-membranösem Vorhang, der den ganzen seitlichen Theil des Epipharynx bedeckt. Hinten am Epipharynx inserirend setzte sich die Membran vorn an der Oberfläche des Gaumens an. So entstand eine Stenose des Isthmus pharyngis. Verf. hat zwei derartige Fälle beobachtet. EMIL MAYER.

57) **Hutter** (Wien). **Zur Kenntniss der acuten infectiösen primären Processe im Pharynx und Larynx.** *Wiener klin. Rundschau. No. 47 u. 48. 1904.*

Vorführung einiger Krankengeschichten aus der Chiari'schen Klinik in Wien, die septisch-pyämische Erkrankungen beschreiben, deren Ausgangspunkt der phlegmonöse Herd im Pharynx oder Larynx war und wobei sich durch Vereinigung allgemeiner Symptome mit heftigen localen, dysphagischen und dyspnoischen Beschwerden ein complicirtes Krankheitsbild entwickelte, dessen einzelne Details der Autor näher beleuchtet. HANSZEL-CHIARI.

58) **Garel** und **Armand** (Lyon). **Zwei Fälle von Isambert'scher Krankheit. (Deux cas de maladie d'Isambert.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 29. November 1904.*

Obwohl es sich im ersten Fall möglicherweise um die im Titel bezeichnete Erkrankung primären Ursprungs handelte, liessen sich doch ausgedehnte Lungenveränderungen mittelst der Radioskopie nachweissn. Im Mundrachen zeigte Pat. deutliche tuberculöse Geschwüre des Gaumensegels, der Gaumenbögen und der Uvula.

Der zweite Kranke bot ein besonderes Interesse wegen des gleichzeitigen Vorhandenseins syphilitischer und tuberculöser Erscheinungen. Nach einer zweifel-



los syphilitischen Rachenaffection, die unter specifischer Behandlung zurückging, trat eine Unmasse miliarer Knötchen an der Uvula, den Mandeln und Gaumenbögen auf. Die Affection nahm rapide zu, der Allgemeinzustand verschlechterte sich und der Kranke ging im Laufe weniger Tage zu Grunde. PAUL RAUGÉ.

59) **Kutvirt** (Prag). **Polypus plicae salpingopharyngeae.** *Casopisu lekaru ceskych roc. 1903.*

Am hinteren Gaumenbogen sass bei einem 20jährigen Manne ein traubenförmiger Polyp, der histologisch ein sehr gefässreiches Fibrom war. CHIARI

60) **Goebel** (Breslau). **Ueber die Lipomatosis des Hypopharynx (Cavum pharyngo-laryngeum) ihre Beziehung zu den sogen. Oesophaguspolypen und den tiefgelegenen Halslipomen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 75. H. 2—4. 1904.*

Bei einem Patienten fand sich neben multiplen Lipomen der Plica aryepiglottica sinistra ein an der Hinterfläche des Ringknorpels inserirender, in den Oesophagus hinabhängender, gelegentlich bei Würgbewegungen im Munde als „gedoppelte Zunge“ erscheinender, über 13 cm langer lipofibromatöser Polyp. Die operative Entfernung der Kehlkopflipome geschieht endolaryngeal oder durch die Pharyngotomia subhyoidea, die der Hypopharynxpolypen mit der galvanokaustischen Schlinge oder durch Pharyngotomia lateralis. SEIFERT.

61) **Alice D. Bryant. Ein neuer Zungendepressor. (A new tongue depressor.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Das Instrument unterscheidet sich von den gewöhnlich gebrauchten dadurch, dass es den anatomischen Contouren genauer angepasst ist. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

62) **H. J. Burg** und **Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber die Diphtheriestatistik. (Om Difteristatistik.)** *Hospitals-Tidende. p. 513. 1904.*

Kein Interesse für die Leser des Centralblattes. E. SCHMIEGELOW.

63) **Detot** (Paris). **Diphtheriestatistik. (Statistique de diphtérie.)** *Société médicale des hôpitaux. 2. December 1904.*

D. theilt die Statistik der von Marfan geleiteten Diphtherieabtheilung des Kinderkrankenhauses mit; sie umfasst die Zeit vom 1. Mai 1903 bis 1. Mai 1904. Charakteristisch in dieser Statistik ist die Abnahme der Mortalität. Diese betrug 1901—1902 21 pCt., in den Jahren 1902—1903 nur 19,8 pCt., um 1903—1904 auf 14,2 pCt. zu fallen. Diese Abnahme ist zurückzuführen auf die stets geringer werdende Zahl der bösartigen Anginen, die in den vorgehenden Jahren in 37 pCt. und 24 pCt. der Fälle die Todesursache abgaben, jetzt dagegen nur in 18 pCt. der Fälle. PAUL RAUGÉ.

64) **Louis Fischer. Klinische Erfahrungen mit Diphtherieantitoxin. (Clinical experience with diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

Im New-Yorker Diphtheriehospital wurden im Juli 1903 behandelt 135 Fälle von Tonsillen- und Pharyngealdiphtherie. Es starben 18 Kranke; die Zahl der Heilungen betrug 82,3 pCt. Von 34 Fällen, die intubirt wurden, starben 17; die Zahl der Heilungen betrug hier also 50 pCt. Die Durchschnittsdosis des Antitoxin war 1500 I.-E. Im August 1903 wurden 132 Fälle behandelt: 103 Tonsillar- und Pharyngealfälle mit 6 Todesfällen und 94,5 pCt. Heilung; von 19 intubirten Fällen starben 11 (= 42 pCt. Heilungen). Die Durchschnittsdosis des Antitoxin betrug 1700 I.-E. Im September 1903 kamen 104 Fälle in Behandlung, von den 88 den Pharynx und die Tonsillen betreffenden starben 10 (= 88,7 pCt. Heilungen), von den 16 Intubationsfällen starben 14 (= 12,5 pCt. Heilungen). Die Durchschnittsdosis für Antitoxin war 2500 I.-E. Im Juli 1904 wurden 134 Fälle behandelt: 100 Tonsillar- und Pharyngealdiphtherien mit 11 Todesfällen (89 pCt. Heilungen) und 34 Intubationsfälle mit 20 Todesfällen (73,5 pCt. Heilungen). Die durchschnittliche Antitoxindosis war 5000 I.-E. Im September 1904 betrug die Zahl der Kranken 137; von den 105 Fällen von Rachendiphtherie starben 7 (93,3 pCt. Heilungen), von den 32 Intubationsfällen starben 11 (= 65,6 pCt. Heilungen). Die Durchschnittsdosis betrug 5000—10000 I.-E. Aus diesen Mittheilungen geht hervor, dass bei Anwendung kleiner Antitoxingaben die Mortalität 21 pCt., bei Anwendung grösserer Dosen 14 pCt. betrug. LEFFERTS.

65) **Henry W. Berg. Die Frage der Antitoxindosis bei Diphtherie. (The question of dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

B. eröffnet die Discussion über die unter vorstehender Nummer referirte Arbeit Fischer's. Die Antitoxindose hängt von der Schwere des Falles und der Ausbreitung der Erkrankung ab. Ist die Affection schwer und betrifft sie den Rachen und die Nase, so soll die Dosis gross sein. B. beginnt gewöhnlich mit 3000 I.-E.; nach drei Stunden wird dieselbe Dosis noch einmal angewandt. Weist ein sehr frequenter Puls bei verhältnissmässig geringer Temperatur auf eine toxische Myocarditis hin, so giebt B. grössere Antitoxindosen; ist die Pulsfrequenz nach 12 oder 24 Stunden nicht zurückgegangen, so wiederholt er die Dosis, bisweilen verdoppelt er sie. LEFFERTS.

66) **Scott Die geeignete Grösse der Antitoxindosis bei Diphtherie. (The proper size of the dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

Es soll zwischen reiner und gemischter diphtherischer Infection unterschieden werden, bei letzterer hilft das Antitoxin nur theilweise, bei der reinen Diphtherieinfection dagegen helfen kleine Antitoxindosen. Er hat mit Dr. Mc Collom zusammen im Boston City Hospital gearbeitet, der in einem Fall eine Antitoxindosis von 90000 I.-E. gegeben hat. LEFFERTS.

67) **William H. Park. Die geeignete Grösse der Antitoxindosis bei Diphtherie. (The proper size of the dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

Bei leichten Fällen, bei denen Pharynx und Tonsillen befallen sind, sind 2000 I.-E. die geeignete Dosis, bei schweren Fällen, die früh in Behandlung kommen, 4000 I.-E., bei gewöhnlichem Croup 5000 I.-E., bei schweren bösartigen diphtherischen Erkrankungen der Mandeln oder der Nase 10000 I.-E., wobei die Dosis nach 12 Stunden wiederholt werden muss, bis sich eine deutliche Besserung constatiren lässt.

LEFFERTS.

68) **Louis Fischer. Die geeignete Antitoxindosis bei Diphtherie. (The proper dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

In seinem Schlusswort zur Discussion der Frage erklärt F.: Bei grossen Exsudaten auf Tonsillen und Pharynx soll man ruhig 5000—10000 I.-E. geben und diese Dosis, wenn nach 12 Stunden keine Besserung eintritt, wiederholen. Diese Dosis soll täglich wiederholt werden, bis alle sichtbaren Exsudate, sowie die Drüsenschwellungen verschwunden sind und die Temperatur normal geworden ist. Nur die Schwere der Affection, nicht das Alter des Patienten soll bei der Wahl der Dosis ausschlaggebend sein. F. hat niemals schlechte Folgen von grossen Antitoxindosen gesehen. In Fällen von Kehlkopfstenose soll die Dosis 10000 I.-E. betragen.

LEFFERTS.

69) **Louis Fischer. Complicationen der Diphtherie nebst Rathschlägen über Ernährung, medicinische und hygienische Behandlung. (Complications of diphtheria with suggestions for the feeding, medicinal and hygienic treatment.)** *N. Y. Medical News. 19. November 1904.*

Die Arbeit enthält eine Menge beherzigenswerther Rathschläge, die auch für den allgemeinen Praktiker von grösstem Werth sind. Die Behandlung von Herz, Lungen, Nieren, Magen, die wichtige Frage der Ernährung, die Behandlung der Nasendiphtherie, der Lymphdrüsenschwellungen ist sorgfältig berücksichtigt. F. sagt, die Temperatur allein sei bei der Beurtheilung der Fälle nicht von ausschlaggebender Bedeutung, vielmehr kam dafür besonders der Zustand des Herzens in Betracht; die Qualität des Pulses sei für die Prognose das wichtigste Zeichen.

LEFFERTS.

70) **Paul Courmont** (Lyon). **Zwei Fälle von anscheinend schweren Folgezuständen nach Serotherapie. (Deux cas d'accidents postsérothérapeutiques d'apparence grave.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 29. November 1904.*

C. berichtet diese beiden Fälle, um zu zeigen, dass man sich durch den alarmirenden Anschein dieser Folgezustände nicht allzusehr erschrecken lassen solle. Sie lassen sich in der Regel durch einige Gramm Antipyrin beseitigen.

PAUL RAUGÉ.

71) **Malot** (Lyon). **Folgezustände nach Serotherapie. (Accidents postsérothérapiques.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 29. November 1904.*

Unter 49 mit Serum behandelten Fällen hat M. in 10 pCt. Exantheme danach

auftreten sehen. Niemals traten ernstliche Complicationen auf: diese Zustände sind absolut harmlos.

PAUL RAUGE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **W. Alexander. Ueber Stimmfremitus am Bauche.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 43. S. 975. 1903.*

Verf. weist die Erklärungen früherer Autoren über das Zustandekommen des Stimmfremitus am Bauche wie auch die Möglichkeit, eine physikalisch begründete Theorie des Bauchfremitus zu geben, zurück.

J. KATZENSTEIN.

73) **E. W. Scripture. Ueber das Studium der Sprechcurven.** *Ostwald's Annalen der Naturphilosophie. Bd. IV. S. 28.*

S. kommt im Anschluss an seine acustographischen Sprechcurven zu einer neuen Vocaltheorie, die im wesentlichen folgenden Fundamentalgedanken hat: Ein gesprochener Vocal ist das Resultat der Einwirkung einer Reihe von Luftstössen aus dem Kehlkopf auf ein System von Hohlräumen in der Brust, dem Hals und dem Kopf. Die Einstellung dieser Hohlräume in Bezug auf Grösse, Verbindungen, Spannung der Wände ist für jeden Vocal verschieden und kann unabhängig von dem Stimmlippenton geschehen. Je nach der Härte der Wände antworten die Elemente des Hohlraumsystems auf jeden Stimmlippenton mehr oder minder unabhängig von der Höhe dieses Tones. Die Form der Luftstösse von den Stimmlippen, d. h. ihr Schwingungsmodus kann von dem System der Hohlräume abhängig sein; jeder Vocal kann also ausser den Hohlraumtönen auch eine besondere Klangfarbe des Stimmlippentones bekommen. Diese Abhängigkeit kann in einer physikalischen Accommodation der Schwingungen der Stimmlippen an das System der Hohlräume oder in einer physiologischen Association zwischen den Muskelcontrationen und dem Vocal bestehen.

J. KATZENSTEIN.

74) **M. Bukofzer** (Königsberg). **Zur Hygiene des Tonansatzes unter Berücksichtigung moderner und alter Gesangsmethoden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 185. 1904.*

Eine Studie über die Gefahren des Coup de glotte und die Wege zu seiner Umgehung, die für den Gesangsarzt von besonderem Interesse ist. Verf. kommt zu dem Resultat, dass der Ansatz durch Vermittelung des Consonanten „t" den hygienischen und auch den gesangstechnischen Anforderungen an einen Ersatz am meisten genügt: das Endurtheil über diesen letzten Punkt müsse freilich dem Gesanglehrer überlassen werden. — Auf das interessante historische Material, das Verf. zusammengetragen hat, sei besonders hingewiesen.

F. KLEMPERER.

75) **Barth** (Prag). **Neuere Ansichten über Stottern, Stammeln, Poltern und Hörstummheit.** *Wiener klin. Rundschau. No. 39 u. 40. 1904.*

Vorwiegend Ansichten Liebmann's, die er in seinen Vorlesungen „über Sprachstörungen" Berlin 1900 niedergelegt hat.

CHIARI.

76) **De Croly** und **G. Rouma. Das Stottern. Symptomatologie. (Le bégaiement. Symptomatologie.)** *La Policlinique. No. 2. 1904.*

Die Autoren erläutern das Studium der Symptomatologie der Sprachstörungen an interessanten klinischen Beobachtungen, welche verschiedene typische Fälle repräsentiren; die Störungen sind eingetheilt in zwei Arten: in periphere und centrale. Die ersteren manifestiren sich am Respirations-, Phonations- und Articulationsapparat und können auch auf die der Phonation fernstehenden Nachbarorgane übergreifen, wie z. B. auf den Kopf, die Glieder, ja in manchen Fällen selbst auf den ganzen Körper. Die anatomischen Läsionen von Seiten des Thorax und des Larynx sind selten; die von Seiten des Nasopharynx sehr häufig in Form von adenoiden Wucherungen, Mandelhypertrophien, Nasenpolypen etc. Die functionellen Störungen von Seiten der unteren Respirationswege und des Larynx sind aber häufig: Alteration des Rhythmus, der Ausgiebigkeit und Zahl der Respirationswege, Glottiserweiterung oder -Verschluss, die sich zu früh oder zu spät oder gar nicht einstellen.

In einem späteren Artikel kommt die Reihe an die centralen Störungen.

BAYER.

77) **O. Maas. Einige Bemerkungen über das Stottern.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. XXIV.*

Es kam dem Verf. darauf an, zu zeigen, dass, während das Stottern bisher fast durchgängig als Neurose aufgefasst wird, mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer grösseren Zahl von Fällen, als bisher angenommen wurde, bestimmt localisirte organische Veränderungen im Centralnervensystem dem Stottern zu Grunde liegen, und zwar Veränderungen centralwärts von den Nervenkernen.

J. KATZENSTEIN.

78) **Mouriguand** (Lyon). **Hysterisches Stottern. (Bégaiement hystérique.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. November 1904.*

Die ausgesprochen hysterische Patientin zeigt Respirationsstörungen, die aber nur im Moment des Sprechens auftreten. Diese Athemstörungen zwingen sie, ihre Worte und Sätze zu unterbrechen, und es entsteht ein wirklicher tetanischer Zustand der oberen Athemwege.

Garel hat den Kehlkopf untersucht; er ist der Meinung, dass es sich hier nicht um ein wirkliches Stottern handelt, sondern vielmehr um eine Art Chorea des Zwerchfells und aller Respirationsmuskeln.

PAUL RAUGÉ.

79) **Glorieux. Hysterische Stummheit bei einem 10jährigen Jungen. Heilung. (Mutisme hystérique chez un garçon de 10 ans; Guérison.)** *La Policlinique No. 23. 1904.*

Nach Ziehen eines mit Ekzem behafteten Ohres, welches heftigen Schmerz verursacht hatte, trat den Tag darauf allmälig Stummheit auf; wahrscheinlich spielen dabei in der Genese die Emotion und die Angst eine grössere Rolle, als der locale Schmerz. Der Junge versteht alles, was man ihm sagt und giebt bereitwillig schriftlich Antwort auf die an ihn gerichteten Fragen, jedoch ist er nicht

im Stande, ein Wort zu articuliren. Es handelt sich demnach um Mutismus und nicht um Aphonie. Heilung durch Suggestion.

BAYER.

80) **Nesse** (Halle). **Ueber die Aetiologie und Histologie gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes.** *Dissert. Halle 1904.*

Bericht über 30 Fälle gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes, welche am Laufe eines Jahres in der laryngologischen Ambulanz der medicinischen Klinik zu Halle behandelt wurden. Von diesen Neubildungen waren 17 Fibrome, deren histologische Details mitgetheilt werden, 3 Papillome, 9 Sängerknötchen und eine Cyste am rechten Stimmband.

SEIFERT.

81) **John Edwin Rhodes. Ein Fall von Trauma des Halses mit nachfolgender Bildung eines Tumors im Kehlkopf. (A case of traumatic injury of the neck followed by the formation of a tumor of the larynx.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Juni 1904.*

Drei Monate nach der durch einen Maschinenunfall bewirkten Verletzung am Halse wurde der 16jährige Pat. heiser und zeigte ausgesprochenen in- und exspiratorischen Stridor. Das Kehlkopflumen war auf den vierten Theil seiner natürlichen Weite verengt. Eine Geschwulst ragte vom rechten Taschenband her in das Lumen hinein; sie hatte die Grösse einer Bohne und verschloss klappenartig bei Ein- und Ausathmung das Lumen. Bei jedem Versuch der endolaryngealen Entfernung trat ein beängstigender Spasmus auf; es wurde die Tracheotomie gemacht und dann der Tumor endolaryngeal exstirpirt. Athmung und Stimme sind völlig wieder hergestellt.

EMIL MAYER.

82) **K. M. Menzel. Zur Diagnose der Lymphangiome des Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. S. 178. 1904.*

Mittheilung eines Falles, in dem die Diagnose klinisch gestellt wurde und zwar auf Grund der kugeligen Form des Tumors, welcher breitbasig aufsass, sich von der Umgebung nicht scharf abgrenzen liess und mit glatter, nicht entzündeter Schleimhaut bedeckt war, seiner weichen Consistenz, seiner Compressibilität und der Volumschwankungen, die er im Laufe einer und derselben Untersuchung zeigte. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge zum grössten Theile abgetragen; die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Bei der Heilung der Operationswunde blieb eine Fistelöffnung zurück, aus der sich zeitweise ein Tröpfchen einer klaren farblosen Flüssigkeit entleerte; nach $^3/_4$ Jahren war — bei Weiterbestehen der Lymphfistel — ein vollkommenes Recidiv der ursprünglichen Geschwulst eingetreten.

F. KLEMPERER.

83) **Munier** (Strassburg). **Zur Histologie der Kehlkopfpolypen.** *Dissert. Strassburg 1905.*

Bericht über 7 Fälle von gutartigen Kehlkopfpolypen. In keinem der Stimmbandtumoren, die in Serienschnitte zerlegt waren, konnten Drüsen oder Drüsenschläuche nachgewiesen werden, dagegen wies ein Fibrom des Ventrikels davon eine ganze Menge auf.

SEIFERT.

84) L. D. Brose. **Papillomatöse Geschwulst des Kehlkopfes bei Kindern. (Papillomatous growths occurring in the larynx of the child.)** *Journal of the American Medical Association. 18. März 1905.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von erfolgreicher Operation der Papillome bei zwei Kindern von 11 Jahren resp. 19 Monaten; er schliesst daran Betrachtungen über die Krankheit und ihre Behandlung. Wenn die Kinder alt und verständig genug sind, kann man auf endolaryngealem Wege zum Ziel gelangen, doch ist in 25—50 pCt. der Fälle auf Recidiv zu rechnen. Kann endolaryngeal nicht mit Aussicht auf Erfolg operirt werden, dann besteht der einzige Ausweg in der Laryngofissur und zwar am besten nach vorausgegangener Tracheotomie. Die Mortalität bei Thyreotomie wegen Papillomen der Kinder ist ziemlich hoch.

EMIL MAYER.

85) G. Martuscelli und F. Rossi. **Warum sind hypoglottische Tumoren stets im vorderen Theil des Larynx localisirt? (Perche i tumori ipoglottici sone sempre localizzati a parte anteriore della laringe?)** *Bollettino delle Malattie dell'orecchio etc. Februar 1905.*

Auf Veranlassung von Martuscelli hatte im Jahre 1901 Nardi histologische Untersuchungen über die vordere Kehlkopfregion angestellt und nachgewiesen, dass ihr eine besondere Structur zukomme und dass an ihr bei alten Leuten stets chronische katarrhalische Veränderungen bestehen. Dieser letztere Befund liess in den Verf. den Verdacht entstehen, dass die besondere histologische Structur der vorderen Kehlkopfregion von Bedeutung für die Entstehung der Tumoren an dieser Stelle sein könne und dass auch eine physikalische Ursache dabei eine Rolle spiele. Verf. haben, um diese physikalischen Verhältnisse des Ausathmungsstromes zu prüfen, Experimente an tracheotomirten Hunden angestellt, denen mittels eines Blasebalgs täglich mehrere Male durch die Trachealfistel Luft gegen die Stimmbänder geblasen wurde. Es ergab sich, dass durch diesen etwas forcirten Exspirationsstrom in der vorderen Kehlkopfregion mikroskopisch nachweisbare histologische Veränderungen auftraten, so Hypertrophie der Papillen, cystische Dilatation der Drüsenausführungsgänge und einiger Schleimdrüsen, Auseinanderweichen der elastischen Faserbündel etc. Ferner fand sich Infiltration und submucöse capillare Neubildung. Verf. meinen, dass in Fällen erschwerter Exspiration auch beim Menschen der Exspirationsstrom im Laufe langer Zeit eventuell wie ein chronisches Trauma wirken könne und dass dieser Factor neben der besonderen histologischen Structur für die Aetiologie der Tumoren an dieser Stelle in Betracht komme.

FINDER.

86) J. G. Harris. **Neubildung des Kehlkopfes als Ursache für Stenose. (Neoplasm of the larynx causing stenosis.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Die Neubildung war ein angiomatöses Fibrom, das vorn im Kehlkopf sass. Die Entfernung geschah durch die Thyreotomie; es wurde eine Intubationsröhre eingeführt, die der Pat. noch trägt. In einem andern der vorgestellten Fälle war wegen Larynxstenose die Tracheotomie gemacht worden in der Annahme, dass es sich um eine Neubildung handle. Man fand aber nichts dergleichen. Es wurde

daran gedacht, dass eine Cyste der Epiglottis vorhanden gewesen sei, die dann rupturirt sei. Die Tube wurde entfernt und das Kind genas. EMIL MAYER.

87) **J. W. Gleitsmann. Geschwulst im Kehlkopf, die neun Jahre lang besteht. (Growth in the larynx existing for nine years.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Der interessante Fall, um den es sich hier handelt, ist bereits vor 10 Jahren von G. als ein Papilloma durum mitgetheilt worden, das einen Anblick darbot, als ob der Morgagni'sche Ventrikel mit einem Stück weisser Watte ausgestopft sei. Damals war die Vermuthung ausgesprochen worden, dass die Geschwulst später bösartig werden würde. Jetzt hat der Tumor ein etwas anderes Aussehen. Er ist von homogenem Charakter mit leicht runzliger Oberfläche. Er füllt den ganzen Morgagni'schen Ventrikel aus, trägt an der Oberfläche kleine Knötchen und hat Partien, die sich durch grössere Hyperämie auszeichnen. Es wurden ungefähr zwei Drittel der Geschwulst mit der Landgraff'schen Doppelcurette entfernt, der in der vorderen Commissur liegende Theil, der völlig weiss aussah. Bei der Operation zeigte sich, dass die hinteren Partien der Geschwulst weicher waren und sich leichter durchschneiden liessen, als die vorderen. EMIL MAYER.

88) **E. J. Ingals. Ein Fall von recidivirendem Fibro-Lipom des Pharynx und Larynx. (A case of recurrent fibro-lipoma of the pharynx and larynx.)** *Miuris Medical Journal. Februar 1905.*

Das Recidiv trat 9 Monate nach der Operation auf. Bei dem Versuch, den Tumor so, wie das erste Mal, mit der Schlinge zu entfernen, wurde Pat. cyanotisch und die Athmung sistirte. Eilige Tracheotomie. Einige Tage später wurde der grösste Theil der Geschwulst endolaryngeal entfernt. EMIL MAYER.

89) **W. A. Williams. Kehlkopfkrebs. (Cancer of larynx.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. September 1904.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

90) **Hermann Stolte. Totalexstirpation des Kehlkopfs. Resection des grössten Theils des Oesophagus. (Total exstirpation of larynx. Resection of most of the pharyngeal part of the Esophagus.)** *Illinois Medical Journal. Februar 1905.*

Pat. lebte noch vier Monate nach der Operation und starb dann am Carcinom.

EMIL MAYER.

91) **Lieblein. Halbseitige Larynxexstirpation wegen Carcinom.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung am 17. Februar 1905.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 13. 1905.*

Nach der Exstirpation bildete sich auf der operirten Seite ein derartiger Narbenzug aus, dass dadurch wieder eine Stenose bedingt ist, die das Decanulement unmöglich macht. L. wird diese Narbe wieder per Laryngofissur excidiren. Weiter demonstrirt L. das anatomische Präparat eines Falles, in welchem er wegen Larynx-Oesophaguscarcinoms die totale Exstirpation des Larynx und Resection eines Theiles der Trachea, des Halstheiles des Oesophagus, des untersten

Pharynx sowie die Exstirpation eines Schilddrüsenlappens vorgenommen hatte. Der Eingriff wurde gut überstanden, doch trat nach drei Monaten Recidiv ein.

HANSZEL-CHIARI.

92) **J. Broeckaert** (Gent). **Ueber die Wahl des Verfahrens zur Blosslegung des oberen Kehlkopfeingangs. Die Pharyngotomia subhyoidea mit temporärer Resection des Zungenbeinkörpers. (Du procédé de choix pour l'ouverture de l'orifice supérieur du larynx. Pharyngotomie sous-hyoïdienne avec résection temporaire du corps de l'os hyoïde.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No. 12. 1905.*

B. hat an einer 43jährigen Patientin wegen eines aprikosengrossen Tumors, welcher mit breiter Basis den Aryknorpeln und aryepiglottischen Falten aufsass und die Epiglottis immobil zurückdrängte, nach vorausgeschickter unterer Tracheotomie die von ihm angegebene Pharyngotomia subhyoidea mit temporärer Resection des Zungenbeinkörpers vorgenommen. Diese gestattete ihm nach Eröffnung des Pharynx und Emporziehen des resecirten Zungenbeinkörpers einen perfecten Einblick nicht bloss auf den Tumor, sondern auch auf die ganze benachbarte Gegend. Nach Erfassen der Geschwulst mit den Fingern trug er dieselbe mit der Scheere ab; die darauf folgende heftige Blutung kam durch Tamponade zum Stehen; sodann entfernte er mit der Scheere die beiden Aryknorpel und nahm eine möglichst vollständige Exstirpation der Neubildung vor, welche sich auf der seitlichen Pharynxoberfläche entwickelt hatte. Schliesslich Schluss der Wunde durch die Naht. Die Hauptschwierigkeit bei der Nachbehandlung bot die Alimentation. Patientin starb nach 3 Wochen an Erschöpfung in Folge mangelhafter Assimilation der Nahrung.

Die Operationstechnik der Pharyngotomia subhyoidea mit temporärer Resection des Zungenbeinkörpers nach dem Vorgehen des Autors umfasst 5 Zeiten:

1. Die Incision der Weichtheile.
2. Die temporäre Resection des Zungenbeinkörpers; der Knochen wird mit einer kleinen Liston'schen Zange an beiden Extremitäten des Zungenbeinkörpers ungefähr im Niveau der Innervation der kleinen Hörner durchtrennt.
3. Die Eröffnung des Pharynx.
4. Die Entfernung des Tumors.
5. Die Suturen.

Für die Nachbehandlung empfiehlt B. die Einführung einer Nélatonsonde durch die Nase und Liegenlassen derselben während der ersten Tage zur Verhütung der Schluckpneumonie; später ernährt man den Kranken mehrmals täglich mit der Magensonde bis zur vollständigen Vernarbung.

BAYER.

93) **Sir Felix Semon. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *Laryngoscope. Januar 1905.*

Eine Publication des bereits referirten Vortrages (cfr. diesen Band, S. 124) und der an diesen sich anschliessenden Discussion. Letztere wurde eröffnet von

Frank Hartley, der über ein Material von 12 von ihm selbst operirten Fällen maligner Kehlkopferkrankung verfügt. In 5 dieser Fälle wurde die Thyreo-

tomie ausgeführt. Besonderes Interesse hat H. den Drüsen zugewandt. In den Fällen, in welchen Heilung erzielt wurde, handelte es sich bei dem Befallensein der Drüsen stets um die im oberen Carotidendreieck des Halses gelegenen. Sind diese Drüsen allein erkrankt und mit dem umgebenden Gewebe nicht verwachsen, so kann, selbst wenn sie auf beiden Seiten afficirt sind, auf ein befriedigendes Resultat gehofft werden. Die Heilung beträgt in diesen Fällen 40—45 pCt. Es ist wichtig, mittels eines Schnittes auf beiden Halsseiten die Lymphdrüsen freizulegen, selbst wenn nur eine halbseitige Kehlkopfexstirpation gemacht worden ist. H. ist für die präliminare Tracheotomie. Von der Durchschneidung des N. laryngeus superior resultiren keine schlechten Resultate. Die Anwendung eines künstlichen Kehlkopfs ist unnöthig.

Die Thyreotomie mit Ausschälung der Geschwulst, noch bevor die Lymphdrüsen befallen sind, stellt gegenwärtig die Idealoperation dar; die guten Resultate sind der frühzeitigen Diagnose und dem wirksamen Operationsverfahren zu verdanken.

J. A. Bodine erkennt an, dass, wenn man unter Tumor des Kehlkopfinneren einen solchen versteht, der auf den Stimmlippen oder zwischen ihnen sitzt, locale Operationsmethoden gerechtfertigt sind.

Brewer spricht sein Erstaunen über die grosse Einfachheit der Methode aus. Er weist auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose, eventuell durch mikroskopische Untersuchung, hin. Er entfernt bei der Laryngectomie stets die längs der oberen Thyreoidgefässe liegenden Drüsen; er exstirpirt diese mit den Gefässen und dem umgebenden Gewebe und durchtrennt beiderseits den N. laryngeus superior.

Delavan hat häufig nach Reizung der intralaryngealen Geschwulst ein rapides Wachstum derselben beobachtet. Wenn daher auch die Entfernung eines Geschwulststücks für die mikroskopische Untersuchung unter Umständen sehr wünschenswerth sei, so empfehle es sich doch von den Patienten stets vorher die Erlaubniss einzuholen, dass, falls die Untersuchung Krebs ergebe, unmittelbar zur Operation geschritten werden könne. Ferner müsse er daran erinnern, dass dem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung nicht allzu grosse Bedeutung beigelegt werde. Ein wichtiges diagnostisches Zeichen bei Epitheliom sind lancinirende Schmerzen; ähnliches beobachtet man auch bei specifischer Erkrankung, und falls irgend welche Zweifel bestehen, sollte jedenfalls eine solche specifische Behandlung versucht werden. Was die von dem Vortragenden mitgetheilte Statistik anbetrifft, so hält D. den Zeitraum von einem Jahr seit der Operation für zu kurz, um die gesund gebliebenen Fälle als geheilt zu bezeichnen; er würde 3 Jahre als untere Grenze annehmen und vorschlagen, dass dieser Zeitraum allgemein als Norm angenommen würde. Er räth allen, die bei frühzeitig diagnosticirtem Krebs des Kehlkopfinnern die besten Resultate zu erlangen wünschen, sich streng an die Semon-Butlin'schen Vorschriften zu halten.

Solis Cohen: Da wir gewöhnlich nur einen Theil der Geschwulst im Spiegel sehen, so erweist sie sich gewöhnlich ausgedehnter als man glaubte. Der Pat. muss daher vorher informirt werden, dass die Ausdehnung der Operation sich

nicht bestimmen lasse. In seinen eigenen Fällen hat C. einige Tage vorher die Tracheotomie gemacht und Nähte vermieden.

W. C. Philipps berichtet über einen Fall von partieller Laryngectomie aus seiner eigenen Praxis.

R. H. M. Dawbarn räth, nach Spaltung des Schildknorpels sofort mittels Gefriermikrotom ein mikroskopisches Präparat anzufertigen und nach dessen Ausfall den weiteren Gang der Operation einzurichten. Bei der Spaltung des Schildknorpels bedient er sich mit Vorliebe der Gigli'schen Drahtsäge, da man so am besten das Splittern des Knorpels vermeidet. In den vorgeschritteneren Fällen, die unoperabel sind, sollte die Unterbindung beider Carotiden versucht werden.

Sir Felix Semon wendet sich in seinem Schlusswort gegen die immer noch nicht ganz ausgerottete Anschauung von der besonderen Neigung der Kehlkopfgeschwülste zu einer bösartigen Degeneration, wenn sie intralaryngeal in Angriff genommen werden; er betrachtet es als seine Pflicht, gegen diese Theorie energisch zu protestiren.

Zweitens betont er nochmals, dass nicht immer, wenn die Diagnose auf Kehlkopfkrebs gestellt ist, die Larynxexstirpation indicirt ist und dass oft weniger radicale Maassnahmen zur Heilung genügen. Das Verhalten des Carcinoms im Larynxinnern nähme übrigens keine so isolirte Stellung ein; im Ohr, an der Lippe und am Penis lägen die Verhältnisse ungefähr ebenso.

Was die Tracheotomie betrifft, so hat sowohl Butlin wie er dieselbe stets der Thyreotomie unmittelbar vorhergeschickt.

Was die nach der Operation vergangene Zeit anbelangt, von der an man von einer Heilung sprechen kann, so hat S. gefunden, dass, wenn das Recidiv nicht innerhalb eines Jahres auftritt, ein solches überhaupt nicht zu erwarten ist. Wenn er seine 13 Jahre umfassende Statistik betrachtet, so findet er keine Differenzen, ob er als Zeitgrenze 1 Jahr oder 3 Jahre annimmt.

Zum Schluss weist S. nochmals auf die für das Gelingen der Thyreotomie nothwendigen Bedingungen hin: frühzeitige Diagnose und gründliche Entfernung alles Krankhaften nebst einer genügenden Zone von umgebendem gesunden Gewebe.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

94) **Ouspensky** (Russland). **Einfluss des Cocains auf die experimentalen Ueberpfropfungen von Schilddrüsen. (Influence de la cocaine sur la reprise des greffes thyréoidiennes.)** *Dissert. Genf 1904/5.*

Stärkere Cocainlösungen erzeugen im Pfropfe Thyreoiditis und Resorption desselben. Nur die 2proc. Lösung lässt vollkommenes Wachsthum der Transplantationen zu, wahrscheinlich (Christiani), weil diese Lösung sich zu den Geweben isotonisch verhalte.

JONQUIÈRE.

95) **Getzowa** (Gomel). **Ueber die Thyreoidea der Kretinen und Idioten.** *Dissert. Bern 1905.*

Kocher hat in ausführlicher Weise die Ansicht begründet, dass der kretinische Zustand auf Mangel an Schilddrüsenfunction zurückzuführen sei.

Anatomisch wurde dieser Satz bis jetzt eigentlich nur durch eine Arbeit, von Coulow, genauer erhärtet. Langhans fand dann auch bei Idioten und Mikrocephalen ähnliche Zustände, natürlich ohne bei letztern an derartige Aetiologie zu denken. Der vorliegenden Arbeit liegt ein Material aus dem pathologischen Institut Berns unter Langhans zu Grunde, bestehend aus 5 kretinistischen Schilddrüsen, und eben solchen von 5 Idioten und 1 Mikrocephalen. Wesentliche Unterschiede zwischen den Schilddrüsen dieser verschieden pathologisch entwickelten Individuen wurden nicht gefunden. Dem atrophischen Gewebe sind meist Knoten von Struma nodosa beigemengt. Neben den Knoten ist gewöhnlich gar kein Drüsengewebe oder nur noch in schmalen Streifen vorhanden. Etwa noch vorhandene Colloidtropfen in atrophischen Bläschen können für die Function der Drüse nicht mehr in Betracht kommen, da das Epithel wie das Colloid unverkennbare Zeichen höherer Entartung aufweisen und das Colloid nur als Ueberrest einer abgelaufenen Secretionsperiode betrachtet werden muss. Die Blut- und Lymphgefässe zeigen auch verschiedene Stufen von Degeneration. Meist ist nur das Epithel erhalten, während Media und Adventitia hyalin entartet sind. Ersteres ist häufig nur noch als rundes hyalines Klümpchen mit centralem Lumen zu erkennen. Das Auftreten von Gefässknospen in den Arterien möchte Verf. als Anpassungsvorgang von der normalen zur atrophischen Circulation auffassen. Eine Tafel mit mikroskopischen Skizzen ist beigegeben. Die eingehenden Beschreibungen können hier nicht wiedergegeben werden.

JONQUIÈRE.

96) **S. Edward Sanderson. Acuter postoperativer Thyreoidismus. (Acute postoperative thyreoidism.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1905.*

Verf. zählt die in der Literatur als acuter postoperativer Thyreodismus berichteten Fälle auf und berichtet über einen solchen aus seiner Praxis. Es handelte sich um eine 20jährige Frau; die Operation bestand in Exstirpation des Wurmfortsatzes. Das auffallendste Symptom der Schilddrüsenaffection war eine rapide Herzaction — 200 Pulsschläge in der Minute —; die Herzthätigkeit war derart, dass man das Herz deutlich am Fussende des Betts schlagen hören konnte. Wiederherstellung.

LEFFERTS.

97) **W. G. Mac Callum. Tumor der Glandula parathyreoidea. (Tumor of the Parathyroid gland.)** *Johns Hopkins Medical Bulletin. März 1905.*

Bei der Autopsie eines 26jährigen Mannes, der Jahre lang an chronischer Nephritis gelitten hatte und bei dem zwei Jahre vorher die Decapsulation vorgenommen worden war, fand man auf der rechten Seite, grade unter dem Pol der Schilddrüse und von ihr ganz getrennt eine runde glatte, von einer feinen Kapsel umgebene, im lockern Bindegewebe liegende Geschwulstmasse. Es handelte sich um zwei wohl ausgebildete Glandulae parathyreoideae.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

98) **Lotheissen** (Wien). **Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen.** (Nach einem Vortrage in dem Wiener med. Doctorencollegium 23. Januar 1905.) *Wiener med. Presse. No. 23. 1905.*

Der Vortragende rühmt die Oesophagoskopie, durch die man allein im

Stande ist, Fissuren der Schleimhaut zu sehen und zu behandeln, die fernerhin die schonendste Entfernung eines Fremdkörpers ermöglicht und ein Carcinom im Frühstadium erkennen lässt. Die übrige Abhandlung ist von mehr chirurgischem Interesse.

CHIARI.

99) **H. von Schrötter** (Wien). **Beitrag zur Oesophagoskopie bei Fremdkörpern.** *Wiener med. Wochenschr. No. 45 u. 46. 1904.*

Sch. entfernte auf endoskopischem Wege in sitzender Stellung der Patientin zweimal je einen grossen Fleischbissen, der sich in einer stricturirten Stelle des Oesophagus (Kalilauge) eingekeilt hatte. Hinweis auf den Werth dieser Art der Entfernung.

CHIARI.

100) **Hermann von Schrötter. Weiterer Beitrag zur Oesophagoskopie bei Fremdkörpern.** *Mit 1 Taf. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 11. 1904.*

Ein 16 Jahre alter Patient hatte mit 5 Jahren einen Zwetschenkern verschluckt, der sich im Oesophagus festkeilte, dort angeblich $1^1/_2$ Jahre verblieb und schliesslich herausgebrochen wurde. Mit 16 Jahren verschluckte Patient beim Essen ein unregelmässig gestaltetes Knochenstück (Halswirbel einer Gans), das sich in der 33 cm tief gelegenen alten Stenose „verankerte" und vom Autor auf ösophagoskopischem Wege entfernt wurde.

Die Krankengeschichte ist in extenso angeführt, die Technik erörtert.

HECHT.

101) **A. Honnecalt. Voluminöser Fremdkörper (künstliches Gebiss) des Oesophagus, diagnosticirt vermittelst der Radiographie. Extraction durch die äussere Cervicalösephagotomie. Heilung. (Volumineux corps étranger (dentier) de l'oesophage diagnostiqué par la radiographie. Extraction par l'oesophagotomie externe cervicale. Guérison.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 52. 1904.*

Der, wie durch die Radiographie festgestellt war, unmittelbar über der Incis. semilun. des Sternums in der Mittellinie festsitzende und durch die äussere Cervicalösophagotomie entfernte Fremdkörper besteht aus einem künstlichen Hartcaoutschucgebiss von 6 cm Breite und 3 cm Höhe. Heilung nach 20 Tagen.

BAYER.

102) **Bandel** (Lyon). **Oesophagotomia externa wegen eines im Oesophagus stecken gebliebenen Soustückes. (Oesophagotomie externe pour un sou resté dans l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. November 1904*

Pat. war ein 4jähriges Kind. Es bestand keinerlei Symptom, weder Dysphagie, noch Dyspnoe, noch Schmerzen. Ebenso zeigte Palpation und Inspection nichts Besonderes. Nur mittelst der Radioskopie entdeckte man das Münzstück unterhalb des Ringknorpels ein wenig unterhalb des Jugulum. Bérard versuchte vergebens, den Fremdkörper mittelst der Collin'schen Zange per vias naturales zu extrahiren. Schliesslich wurde die äussere Oesophagotomie ausgeführt. Die Wände der Speiseröhre wurden intact gefunden und deshalb die Oesophaguswunde völlig durch eine Catgutnaht geschlossen.

Heilung nach 12 Tagen.

PAUL RAUGÉ.

103) **Sebileau** (Paris). **Fremdkörper der Speiseröhre. Extractionsversuch mit dem Graefe'schen Münzenfänger. Ruptur der Speiseröhre. Tod. (Corps étranger de l'oesophage. Tentative d'extraction avec le panier de Graefe. Rupture de l'oesophage. Mort.)** *Société de Chirurgie. 14. December 1904.*

Es handelte sich um ein $2^1/_2$jähriges Kind, dem ein Soustück im Oesophagus steckte. Nach vergeblichen, theilweise mit gewisser Gewalt angestellten Extractionsversuchen mit dem Münzenfänger starb das Kind 18 Stunden später. Bei der Autopsie fand sich eine breite Perforation der hintern Speiseröhrenwand. Der Eingriff hatte 36 Stunden nach dem Unfall stattgefunden. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) O. **Chiari. Die Krankheiten der oberen Luftwege. III. Theil. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Leipzig und Wien 1905. Franz Deuticke.

Der dritte und letzte Theil des Chiari'schen Werkes behandelt die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Kehlkopfes. Hier stossen wir auf das eigenste Arbeitsgebiet des Verf. und auf jedem Blatt fast erkennt man das besondere Interesse, das all' die Pioniere unseres Specialfaches auch heute noch mit dem Kehlkopf so ganz besonders eng verbindet. Eine Wiedergabe der entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse des Kehlkopfes hat sich der Verf. versagt, wohl mit Rücksicht auf die ausgesprochen praktischen Zwecken angepasste Anordnung des Werkes. Dahingegen ist die Anatomie und die Topographie und die Histologie in vortrefflicher Klarheit und Uebersichtlichkeit geschildert. Bei der Erörterung der Physiologie hat sich Chiari vollständig an das alte Schema gehalten. Das mag ja vielleicht der Uebersichtlichkeit des Ganzen zu Gute kommen, aber ein wissenschaftlich angelegtes Werk hätte doch m. E. nicht stillschweigend an so vielen neueren Arbeiten vorübergehen dürfen, die in manchen Punkten die frühere Schulmeinung erschüttern. Wenn dem Verf. die Ergebnisse der neueren Untersuchungen über die Erweiterer, über die Innervation während der Athmung, über die paralytische Contractur noch nicht genügend gesichert erscheinen, so war es gewiss sein gutes Recht, das in entsprechender Weise hervorzuheben; aber dass all' diese Arbeiten so kurzerhand ganz und gar ignorirt werden, das will mir nicht thunlich erscheinen.

Die Technik der Untersuchung ist anschaulich beschrieben — dass die auf Seite 100 abgebildete elektrische Stirnlampe nicht von der dort genannten Firma stammt, sondern vom Ref. bei der Firma W. A. Hirschmann, Berlin, construirt wurde, sei nur nebenher bemerkt. Die genaue Beschreibung der Intubation und der Tracheotomie mit ihren mancherlei Fährlichkeiten ist durchaus dankenswerth. Den Katarrh bezeichnet Chiari als eine nicht infectiöse Entzündung, die er der „Entzündung der Gewebe des Kehlkopfes" gegenüber stellt. Die Unterscheidung der verschiedenen Formen des Katarrhs, als da sind leichter und heftiger, diffuser acuter Katarrh, diffuser acuter trockener Katarrh nebst den verschiedenen Formen des umschriebenen acuten Katarrhes, hat Chiari wohl nur vorgenommen, um dem

angehenden Praktiker eine brauchbare Handhabe zu liefern. Als anerkennenswerther Fortschritt ist es zu begrüssen, dass Chiari als der erste Herausgeber eines Lehrbuches das Oedem, das Erysipel und die Phlegmone, die ihrem Wesen nach zusammengehören, nun auch wirklich als zusammengehörig schildert. Aus den folgenden Kapiteln sei noch besonders hervorgehoben die anschauliche Darstellung der Tuberculose des Kehlkopfes und die beherzigenswerthen therapeutischen Vorschriften, die Chiari hier aufstellt: er zeigt, wie man sich von kritikloser Polypragmasie eben so fern zu halten hat, wie von kritiklosem Nihilismus.

Bei der Besprechung der Krebstherapie registrirt Chiari, dass verschiedene Autoren bei frischen Fällen durch endolaryngeale Eingriffe eine vollkommene Heilung erzielt zu haben angeben, doch können seiner Meinung nach all' die endolaryngealen Methoden keine sichere Gewähr für die vollständige Entfernung des kranken Gewebes geben. Deshalb ist er der Ansicht, dass jede auch noch so kleine Neubildung, so bald ihr krebsiger Charakter festgestellt ist, extralaryngeal zu operiren sei.

Die angezogenen Punkte mögen genügen, um den Geist der Chiari'schen Arbeit zu charakterisiren. Jedes einzelne Capitel legt Zeugniss ab von der grossen Erfahrung seines Verf. und von seiner unbestechlichen Objectivität: sein Lehrbuch wird dem Anfänger ebenso wie dem Praktiker Belehrung und Anregung in reichem Maasse gewähren. A. Kuttner.

---

b) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Juni 1904.

Vorsitzender: McBride.

Saint-Clair Thomson: 1. Submucöse Resection einer Crista und Deviation der Nasenscheidewand.

Totale Verbiegung der Scheidewand, so dass selbst nach Cocain und Adrenalin die mittlere Muschel völlig unsichtbar blieb. Ein Sporn bohrte sich so tief in die untere Muschel, dass man nicht entscheiden konnte, ob eine Synechie vorlag. Nach der submucösen Resection wurden 3 Nähte angelegt. Ausgezeichnetes Resultat.

2. Völlige submucöse Resection einer grossen Septumdeviation.

Die Deviation betraf nur das knorplige Septum.

3. Bewegungsbeschränkung des rechten Stimmbands, besonders bei der Adduction.

Pat. ist ein Berufssänger. Das rechte Stimmband erreichte niemals die Mittellinie; die Abduction war träge, wurde jedoch vollständig, wenn man den Pat. aufforderte, tief zu respiriren. Es ist keine Erklärung dafür auffindbar.

Herbert Tilley, Sir Felix Semon und Furniss Potter können keine Parese des rechten Stimmbands constatiren.

Creswell Baber: Folgeerscheinungen in einem Fall von Pemphigus pharyngis.

Der Pat. wurde zuerst im December 1903 vorgestellt. Im Januar 1904 trat auch Pemphigus der äusseren Haut auf, dabei schien der Schleimhautpemphigus zuerst besser werden zu wollen, hat dann aber weiter Fortschritte gemacht. Exitus im März 1904. An den Augen war nichts Pathologisches.

Sir Felix Semon hat zuerst die Diagnose des Pemphigus in diesem Fall gestellt, die damals bei dem Mangel aller Erscheinungen seitens der Haut ungläubig aufgenommen wurde. Nach seiner Erfahrung gehen die Eruptionen auf der Schleimhaut denen der Haut gewöhnlich voraus.

Kelson: Fall von Kehlkopfgeschwür und Schwellung der Arygegend.

Das grosse Geschwür betraf die Aryknorpelgegend, das rechte Taschenband und rechte Stimmband.

Brown Kelly: Instrumente zur Eröffnung und Untersuchung der Highmorshöhle.

Die Instrumente bestehen in einem spitzen und einem stumpfen Troicart, die beide nacheinander zur Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus benutzt werden und verschiedenen Speculis, die nach Art der Ohrenspecula construirt sind und eine genaue Inspection der Beschaffenheit der Schleimhaut in der Höhle ermöglichen sollen.

Smurthwaite: 1. Sectionspräparat eines grossen Schleimpolypen in situ, der augenscheinlich völlige Resorption des Septums und der Muschelknochen bewirkt hat.

Der Polyp erfüllte die ganze rechte Nasenhöhle und einen Theil der linken; das Septum war verschwunden, ebenso die Muscheln. Ob es sich in der That um eine Resorption des Septum oder eine frühere specifische Affection handelt, ist unentschieden.

2. Mikroskopisches Präparat einer primären tuberculösen Geschwulst des Septums.

Der Tumor sass am Septum cartilagineum und hatte bläulich-weisse Farbe. Abtragung der Geschwulst, Curettage der Ansatzstelle, Einreibung von 75proc. Milchsäure. Nach 3 Monaten kein Recidiv. Das Präparat zeigt bei Abwesenheit von Bacillen zahlreiche Riesenzellen.

Donelan: Präparat eines Gaumentumors.

Pat., eine 34jährige Frau, wurde in der vorigen Sitzung vorgestellt. Der entfernte Tumor wird der Geschwulstcommission zur Untersuchung überwiesen.

Dundas Grant: 1. Fall von Kehlkopfpapillom bei einem 50jährigen Mann.

Der Tumor sass der Mitte der rechten Stimmlippe auf. G. entfernte mittelst seiner Zange einen beträchtlichen Theil davon: die mikroskopische Untersuchung



ergab, dass es sich um ein Fibro-Papillom handelte. Er beabsichtigt, den für die Zange nicht ergreifbaren Tumorrest mittelst Galvanokaustik zu behandeln.

2. Fall von Sängerknötchen.

Bei dem 28jährigen Gesangskomiker sass ein stecknadelknopfgrosses Knötchen auf dem rechten Stimmband; dasselbe wurde mittelst Galvanokaustik entfernt. Eine Congestion des linken Stimmbands wurde durch Scarification mit dem Heryng'schen Messer behandelt. Erhebliche Besserung der Stimme.

3. Rechtsseitige Lähmung des Gaumens, des Stimmbands und des Pharynx bei einem 20jährigen Mädchen.

Bei der Phonation nähert sich der linke hintere Gaumenbogen der Mittellinie, die rechte Seite des Pharynx scheint nach rechts hinüber gezogen zu werden, in Wirklichkeit wird er wohl durch die Musculatur der entgegengesetzten Seite nach dieser Richtung gestossen. Pat. klagt seit einem Monat über eine Art Erstickungsgefühl im Halse. Es ist anzunehmen, dass die Läsion im Stamm oder Kern des Vagus ihren Sitz hat.

Herbert Tilley erinnert an einen von ihm mitgetheilten Fall, in dem es sich um Syringomyelie handelte.

Dundas Grant meint, der Beginn der Erkrankung sei für Syringomyelie zu acut gewesen; er denkt daher eher an eine Poliomyelitis des Bulbus, die den Kern des Vagus ergriffen hat.

Sir Felix Semon: 1. Fall von unbestimmter Ulceration der linken Stimmlippe bei einem 60jährigen Mann, der nach 18monatlicher Dauer spontan verschwindet.

Pat. wurde im December 1903 vorgestellt. Die Discussion ergab damals grosse Divergenz der Meinungen. Sieben Monate später, nachdem Pat. inzwischen eine schwere Influenza durchgemacht hatte, stellte er sich wieder vor. Man sah, dass das Ulcus völlig verschwunden war; es bestand eine leichte Congestion und Erschlaffung der linken Stimmlippe. Nach diesem Verlauf ist die Frage nach der Natur des Leidens nur noch räthselhafter geworden.

2. Präparat eines Falles von Cylinderepithelkrebs der Nase bei einem 24jährigen jungen Mann.

Pat. kam im März 1904 in Semon's Behandlung. Er hatte 10 Monate vorher eine heftige Blutung aus der linken Nase gehabt. September 1903 stellte sich abundanter wässriger Ausfluss aus der linken Nase ein. Im November 1903 sah Dr. Craig in Belfast den ganzen linken mittleren Nasengang von einer blumenkohlartigen Tumormasse eingenommen, die mit der Schlinge entfernt wurde. Mikroskopische Untersuchung eines Stücks ergab den Verdacht auf Carcinom. Im December 1903 entfernte Dr. Craig auf endonasalem Wege fast den ganzen Tumor, der augenscheinlich oben am Septum seinen Ursprung hatte. Im Februar bestand Verdacht auf Recidiv; es wurden Fragmente entfernt, deren Untersuchung wiederum den Verdacht auf Carcinom ergab. Im März sah Semon oben am Septum auf der linken Seite eine theils grau gefärbte, theils blutbedeckte granulirende Fläche.

Kein Tumor; keine Drüsen. 8 Tage später bereits konnte man ein deutliches Recidiv in Gestalt einer grossen warzigen Tumormasse sehen. Inzwischen hatte Dr. Shattock die Präparate des primären Tumors untersucht und die Diagnose auf ein papilläres Cylinderzellencarcinom gestellt. Am 14. März machte Victor Horsley die Radicaloperation. Nach Unterbindung der Carotis externa und Tamponade des Nasenrachens wurde der grösste Theil des knöchernen Septums, die linke mittlere Muschel und das Siebbein bis zur Lamina cribrosa entfernt. Ungestörte Heilung; bisher kein Recidiv.

3. Weitere Geschichte des Kranken mit unbestimmter Ulceration der linken Tonsille. (Zweimal der Gesellschaft vorgestellt, im November 1902 und Januar 1903.)

Im November 1902 war die Affection von verschiedenen Seiten für eine maligne angesehen worden; im Januar 1903 war die Ulceration verschwunden, die Mandel hatte sich erheblich verkleinert. Sechs Wochen lang darnach blieb der Hals völlig normal, dann und noch einmal im Mai 1903 trat eine acute Entzündung der rechten Seite mit Peritonsillitis und Drüsenschwellung, aber ohne Ulceration auf. Im Juni 1903 sah Semon den Patienten wieder und war nun von dem septischen Ursprung des Leidens überzeugt. Die Behandlung bestand in Chinin innerlich, Sauerstoffinhalationen, kalten Umschlägen um den Hals, leichter Diät und Aufenthalt in frischer Luft. Im October 1903 hatte Pat. ausgesprochene Adenitis inguinalis. Man dachte an Lymphosarkomatose und gab Arsen. Nach vorübergehender Besserung trat unter Temperatursteigerung eine Verschlechterung im Halse auf, gleichzeitig Enteritis acuta. Auf der rechten Seite des Pharynx war ein membranöser Belag, nach dessen Verschwinden sich wiederum eine Ulceration bildete. Die Affection beschränkte sich auf die rechte Mandel und Umgebung; zwischen den Gaumenbögen war eine mit schleimig-eitrigem Secret gefüllte Tasche. Nach Reinigung derselben entdeckte man ein kleines grau aussehendes Fragment der Tonsille. Kieferbewegungen verursachten heftige Schmerzen. Nach einer von dem behandelnden Arzt im Januar 1904 an Semon gelangten Nachricht hatte die Affection alles Gewebe in der Fossa tonsillaris zerstört bis auf ein kleines Stück der Tonsille. Pat. starb kurz darauf an Entkräftung. Die differentielle Diagnose schwankt zwischen chronischer Septikämie mit gelegentlichen Exacerbationen und einer Neubildung lympho-sarkomatöser Natur. Die linke Tonsille, die, als Pat. zuerst vorgestellt wurde (November 1902), der primäre Sitz der Erkrankung war, ist, nachdem sie geheilt war, bis zum Tode des Patienten völlig verschont geblieben.

4. Abtragung eines ungewöhnlichen Larynxtumors.

Der Tumor wurde zuerst 1888 im Larynx und am äusseren Hals der damals 30jährigen Patientin entdeckt. Bisher hatte er keine besonderen Beschwerden verursacht; Pat. trägt seit 12 Jahren eine Canüle. In letzter Zeit sind Erscheinungen von Reizung des Sympathicus, wie sehr abundante Salivation, aufgetreten. Seit den letzten 2 Jahren, die S. den Tumor nicht gesehen hatte, hat dieser beträchtlich an Volumen zugenommen. Pat. gab jetzt ihre Zustimmung zur Operation. Der Fall gleicht einem von Paul v. Bruns in seinem Handbuch der praktischen

Chirurgie beschriebenen. S. folgte der von Bruns beschriebenen Operationsmethode; Ausschälung des Halstumors aus der Umgebung und Verfolgung eines feinen fadenförmigen Stiels bis in das Larynxinnere. Im vorliegenden Fall trat der Tumor oberhalb des Schildknorpels in den Kehlkopf, zwischen jenem und dem Zungenbein.

Paterson: Entfernung eines Fremdkörpers aus der Trachea durch Tracheoskopie.

Bei dem 8jährigen Mädchen sah man mittels des Kehlkopfspiegels einen Fremdkörper unterhalb der Glottis. Der Fremdkörper geriet mehr in die Tiefe und verursachte erschwerte Respiration. Es wurde schleunigst die Tracheotomia inferior ausgeführt. Mittels der Tracheoskopie konnte man den Fremdkörper deutlich einstellen; es war eine Corsetöse.

Stephen Paget: Ein Fall von Kehlkopfaffection zweifelhafter Natur.

Es handelt sich um eine Affection der Hinterwand wahrscheinlich tuberculöser Natur.

De Santi: 1. 63jährige Frau mit Schwellung beider Aryknorpel und Infiltration der Epiglottis.

2. Lähmung des linken Stimmbandes.

Die Radioskopie hatte ein Aortenaneurysma vermuthen lassen, bei der Autopsie fand man ein in die Trachea hinein ulcerirtes Oesophaguscarcinom.

Sitzung vom 4. November 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Waggett: Ein zur Diagnose mittels Killian's Methode entferntes Stück aus einer Stenose der Speiseröhre.

W. weist auf die Wichtigkeit dieser Methode für die Stellung einer sicheren Diagnose hin.

Der Vorsitzende weist darauf hin, dass die Methode von Kussmaul und später von Rosenheim und Anderen ausgebildet worden ist.

Hobday: Präparate von Halskrebs bei Hunden und Katzen.

Von den vier kranken Hunden waren drei im Alter von 7—8 Jahren; das Alter des vierten ist nicht angegeben. In jedem Falle handelte es sich um ein zerfallenes Plattenzellencarcinom; die Erkrankung hatte den Larynx, den Mundboden und Gaumen befallen. Bei der ebenfalls 8 Jahre alten Katze fand sich ein ähnlicher Tumor im Oesophagus. Alle diese Fälle wurden im Laufe weniger Monate beobachtet: es ist zweifellos, dass viele Fälle von Carcinom bei Hausthieren vorkommen. Es liegt nahe, in den Fällen von Halskrebs an ein durch verschlungene Knochen etc. gesetztes Trauma zu denken.

Der Vorsitzende hat ein Epitheliom an der Lippe eines Hundes beobachtet mit secundärer Betheiligung der Drüsen.

Furniss Potter: Ein Tumor der Aryknorpelgegend bei einem 64jährigen Manne.

Bereits im Mai vorgestellt. Seitdem erhebliches Wachsthum des Tumors. Antispecifische Behandlung war erfolglos.

De Santi: Affection des weichen Gaumens zur Diagnose.

Der Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen. Man sieht auf der linken Seite des Gaumensegels einen rothen Fleck, von dem aus eine erythematöse Röthung zum vorderen Gaumenbogen zieht. Cocain-Adrenalinapplication bringt keine Veränderung hervor.

Arthur Cheatle und D'Est Emery: Ein Fall von Aktinomykose der Tonsille.

Eine sehr grosse Tonsille von ungewöhnlichem Aussehen wurde bei einem 16jährigen Mädchen entfernt. Emery fand bei der Untersuchung im unteren Theil der Mandel eine pseudocystische Höhle, die eine grosse Zahl von Lymphocyten und abgestossene Epithelzellen enthielt; auch fanden sich in ihr Colonien einer interessanten Art von Streptothrix. Die kleinste dieser Colonien glich in allen Punkten dem Aktinomyces. Die grösseren Colonien zeigten an der Peripherie der strahlenförmigen Ausläufer eine Art von Verdickung, die mehr auf eine Form von Conidien hinweist. Die Epithelwand der Cyste ist verdickt und zeigt Anzeichen der Entzündung. Unter dem Epithel ein schmales Band von Lymphgewebe, das von einer Zone wohlausgebildeter Tuberkel umgeben ist, in denen sich jedoch keine Tuberkelbacillen finden.

Butlin hat einen Fall von Aktinomykose des äusseren Halses gesehen, bei dem eine Infection der Tonsille auf derselben Seite vorausgegangen war.

Kelson: Kehlkopfgeschwulst bei einem 6jährigen Kind.

Ein Fibrom von der Grösse einer doppelten Erbse wurde aus der vorderen Commissur entfernt. Pat. wurde chloroformirt und sitzend operirt.

Betham Robinson: Ein Fall von Obstruction des Pharynx durch ein Diaphragma zwischen Zungengrund und hinterer Pharynxwand.

Pat. ist ein 10jähriges Mädchen. Sie bot folgendes Bild: Centrale Zerstörung des weichen Gaumens mit Verlust der Uvula, die hinteren Gaumenbogen waren nach hinten zur hinteren Pharynxwand gezogen durch feste fibröse Adhärenzen. Auf dem linken Gaumenbogen und der Mandel bestand bei der ersten Untersuchung ein acutes Geschwür. Vom Zungengrund zur hinteren Pharynxwand erstreckt sich ein aus Narbengewebe gebildetes Diaphragma, in der Mitte mit einer ovalen Oeffnung. Die Aetiologie besteht wahrscheinlich in Syphilis. Eine Erleichterung der sehr starken Dysphagie wurde durch Dilatation mittelst Bougies erzielt.

Cresswell Baber hat einen ähnlichen Fall nach Scharlach behandelt und gleichfalls mit Bougiebehandlung Besserung erzielt.

Paterson: Ein bei einem 12 Monate alten Kinde mittelst directer Laryngoskopie entfernter Fremdkörper.

Der Fremdkörper war ein seit 3 Monaten im Kehlkopf eingekeilter Hemden-

knopf. Zwei Monate, nachdem der Fremdkörper aspirirt war, traten Athemstörungen auf, die sich bis zum wirklichen Stridor steigerten. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper im Larynx in schräger Stellung, mit dem Kopf nach vorn. Es wurde unter Chloroformnarkose nach Einführung eines Röhrenspeculums mit der Zange entfernt. P. hat die Methode auch zur Operation von Papillomen bei Kindern angewandt.

Edward Law: Ein Fall von Ozaena trachealis mit zeitweiligen ausgesprochenen Stenoseanfällen.

Der 18jährige Kranke litt seit vier Jahren an Heiserkeit, besonders im Winter. Während der letzten drei Monate traten bisweilen heftige dyspnoische Anfälle auf. Als Pat. zuerst untersucht wurde, fand man das Lumen der Trachea erheblich durch Anwesenheit schwarzer Borken verengt, die in der Ringknorpelgegend anfingen und sich weit nach unten erstreckten. An den mittleren Muscheln sah man etwas eitriges Secret, ebenso an den Resten der Rachentonsille; dagegen waren weder im Nasenrachen noch in der Nase Krusten vorhanden. Man verordnete Nasenspülungen; danach sah man in der Trachea an Stelle der festen schwarzen Massen kleine gelblich-grüne Borken.

Der Vorsitzende hält den Fall für Laryngitis sicca.

Milligan sah ein ähnliches Vorkommniss bei einem Mädchen mit atrophischer Rhinitis. Eine Zeit lang wurde Antidiphtherieserum injicirt und er glaubt, dass die Krustenbildung darnach nachliess.

Dundas Grant: Ein Fall von Kehlkopftumor.

Ein grosser gestielter Tumor, der mit ziemlicher Schwierigkeit mittelst der Zange von der ary-epiglottischen Falte der 17jährigen Patientin entfernt wurde. Die mikroskopische Diagnose schwankt zwischen Fibrom und Sarkom.

Sitzung vom December 1904.

Vorsitzender: Mc Bride.

Edward Law: Fall von Ozaena trachealis.

Ein Fall ähnlich dem in der vorigen Sitzung mitgetheilten.

Sir Felix Semon: Wenn irgend ein Grund gegen die Anwendung der Killiam'schen Röhren in solchem Falle besteht, dann wäre es eventuell gerechtfertigt, die Tracheotomie zu machen und die Crusten zu entfernen.

Robinson räth zur Anwendung des Formalinsprays.

Bronner: Behandlung der Borkenbildung bei Nasen- und Nasenrachenkatarrh mit Formalinspray.

Es handelte sich um Borkenbildung aussergewöhnlicher Ausdehnung. Nachdem der Spray einige Wochen lang gebraucht war, trat ein leichtes Recidiv auf. Grosse Borken werden mit der Zange entfernt und dann der Spray von Formalinlösung (1:500 bis 1:1000) oder auch Einspritzungen von 1promilliger Lösung angewandt.

Sir Felix Semon: Epitheliom des Kehlkopfs. Thyreotomie. Recidiv. Entfernung des grössten Theils des Kehlkopfs. Heilung.

Es handelte sich um Epitheliom an dem vorderen Theil des rechten Taschenbands. Die Diagnose wurde durch Untersuchung Dr. Shattock's nach Entfernung des Tumors durch Thyreotomie bestätigt. Nach 4 Monaten zeigte sich wieder eine Geschwulst, deren Untersuchung ergab, dass sie aus Granulations- und Narbengewebe bestand, mit neugebildeten lymphatischen Räumen, in denen man Anhäufungen von Krebszellen sah.

Bei der zweiten Operation wurde nun die ganze rechte Schildknorpelplatte und ein Theil des Ringknorpels, sowie ein Theil des linken Stimmbands entfernt. Die Heilung ging ungestört vor sich; zur Zeit keine Spur von Recidiv. Die laryngoskopische Betrachtung ergiebt eine auffallend geringe Deformität des Larynx. Dank der Activität der linken Taschenlippe ist die Stimme ziemlich laut. Bei der Operation fanden sich keine Drüsen.

Dundas Grant: Hypertrophische Rhinitis mit einer die mittlere Muschel vortäuschenden Hypertrophie der Septumschleimhaut.

Lambert Lack: 1. Knöcherner Tumor der Nase.

Ein junges Mädchen mit seit einigen Monaten datirender völliger Nasenverstopfung. Das Septum war ganz nach rechts hinüber gedrängt durch einen Tumor, den man im linken Naseneingang sah und der von normaler Schleimhaut bedeckt war und eine glatte Oberfläche zeigte. Unter Anästhesie konnte man feststellen, dass der Tumor in den Nasenrachen hineinragte. Er schien aus weichem Knochen zu bestehen, von der mittleren Muschel auszugehen. Dadurch, dass der Ausführungsgang verlegt wurde, war eine Mucocele des Antrum entstanden. Obwohl die Operation nur eine unvollkommene war, trat kein Recidiv im Laufe eines Jahres auf. Es handelte sich um kein gewöhnliches Osteom, sondern möglicherweise ein verknöchertes Sarkom.

2. Carcinom der Nase.

Pat. war ein 67jähriger Mann. Es wurde zuerst geglaubt, dass es sich um eine eitrige Sinusitis mit Polypenbildung handele; aber mikroskopische Schnitte ergaben Carcinom. Ein hervorstechendes Symptom waren Schmerzen. Es wurde eine Incision um die innere Orbitalwand gemacht, das Periost abgelöst und die Operation nach Rouge vorgenommen.

Wyatt Wingrave sagt, dass das Plattencarcinom der Nase nicht die histologischen Charaktere zu zeigen braucht, die gewöhnlich dem Epitheliom zugesprochen werden.

Wyatt Wingrave: Tumor der Tonsille.

Der Fall betrifft eine 64jährige Frau. Der Tumor besteht seit 14 Monaten und hat sich von der Tonsille aus nach oben und unten ausgebreitet. Drüsenschwellung; Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes.

Tilley: Lymphosarkom der Tonsille; erhebliche Besserung nach Arsengebrauch.

19jähriger Mann. 18 Monate zuvor wurden die Drüsen auf der rechten Hals-

seite entfernt. Als Pat. vor 4 Monaten zuerst gesehen wurde, war der Rachen fast ganz verlegt von einer colossal vergrösserten rechten Tonsille mit oberflächlicher Ulceration. Schlucken und Athmen war erschwert. Im Nacken grosse Drüsenschwellungen. Nach Gebrauch von Liquor arsenicalis innerlich in steigender Dosis verschwand der Tumor völlig.

De Havilland Hall hat einen Fall von Lymphosarkom beobachtet, in dem der Tonsillartumor nach Arsengebrauch ebenfalls völlig verschwand, jedoch der Tod in Folge allgemeiner Lymphosarkomatose eintrat, wozu noch eine Arsen-Neuritis hinzukam. Er hat nach Operationen, bei denen die Hauptmasse der Drüsen entfernt worden war, den Rest nach Arsen verschwinden sehen in Fällen, wo das Medicament vor der Operation sich erfolglos erwies.

Der Vorsitzende hat Fälle gesehen, in denen Natr. cacodylic. und Jodoform einen ausgezeichneten Erfolg gebracht haben.

Lambert Lack räth zur Radicaloperation, nachdem vorher die Geschwulst durch Arsen reducirt worden ist.

Herbert Tilley. 1. Submucöse Resection des verbogenen Septums nach Killian.

Am wichtigsten ist die Entfernung der unteren knöchernen Partie.

2. Subacutes Stirnhöhlenempyem nach Scharlachfieber bei einem Kinde.

Neunjähriger Knabe. Drei Wochen nach Beginn des Scharlach erschien eine schmerzhafte Schwellung des Stirnsinus mit Oedem des Augenlides. Es wurde radical operirt; in der vorderen Sinuswand fand sich nahe der Mittellinie eine Perforation. Heilung.

Cawson: Fall von Lupus pharyngis et laryngis.

Bei der Patientin war der Lupus auf die Uvula, hintere Gaumenbögen und Epiglottis beschränkt. Der Vater hatte lange Jahre hindurch an Lupus des Gesichts gelitten.

Mc. Bride empfiehlt Curettage und Milchsäurebehandlung.

Lambert Lack hat fast stets gefunden, dass Pharynxlupus unter Arsenbehandlung sich bessert; Lupus des Kehlkopfes wird in der Majorität der Fälle geheilt. Wenn sich im Sputum keine Tuberkelbacillen finden, so hält er die Krankheit nicht für gefährlich vom Standpunkt der Contagiosität aus.

F. J. Steward: Lähmung des linken Stimmbandes in Folge von Tumor der Schilddrüse.

Der Tumor ist möglicherweise ein maligner. Es besteht seit 6 Wochen Heiserkeit.

Dundas Grant: Fall von Geschwür der Zunge bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben.

Das Geschwür besteht seit 6 Monaten. Der Vater litt an Tuberculose.

Bennett: Schwellung im Nasenrachen (vorgestellt in der Mai-Sitzung).

Mikroskopische Präparate zeigten keine Anzeichen von Tuberculose. Jod und Hg wurde gegeben und nach mehreren Wochen verschwand die Schwellung völlig.

Hill: Nekrose des Siebbeins bei Bruder und Schwester in Folge hereditärer Lues. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Vorläufiges Programm der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran 24. bis 30. September 1905.

23. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

Einführende: Dr. Fr. Fischer, Meran,
Univ.-Prof. Dr. Juffinger, Innsbruck.
Schriftführer: Dr. Rischawy, Meran,
Dr. Wasserman, Meran.
Sitzungsraum: 6. Klasse der Knabenvolksschule, Burghof.
Verpflegungsstätte: Festhalle, Herzog Rudolfstrasse.

1. Flatau und Gutzmann (Berlin): Die Stimme des Säuglings.
2. Grünwald (München-Reichenhall): Thema vorbehalten.
3. Imhofer (Prag): Ueber Singen mit falschem Ansatz.
4. Lange (Kopenhagen): Adenoide Wucherungen und Enuresis des Kindes.
5. Löhnberg (Hamm in W.): Die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Kieferdehnung nach Schröder.
6. Pick (Meran): Demonstrationen.
7. Réthi (Wien): Thema vorbehalten.

Die Abtheilung ist eingeladen von Abtheilung 18 (Chirurgie) zu:

Gottstein (Breslau): Ueber die Diagnose und Therapie der Fremdkörper in den Bronchien und ihre Entfernung auf bronchoskopischem Wege.

Die Laryngologie und der Internationale Medicinische Congress zu Lissabon.

Die Forderung einer vollen unabhängigen Section seitens der Deutschen laryngologischen Gesellschaft ist von dem Lissaboner Organisationscomité abschlägig beschieden worden. Prof. B. Fränkel (Berlin) ist in Folge dessen aus dem Deutschen Reichs-Comité für den internationalen Congress ausgetreten, dessen stellvertretender Vorsitzender er war, und hat auch alle anderen Aemter für den Congress niedergelegt, welche er übernommen hat.

Es dürfte dies wohl der Schlussact der Verhandlungen über die Theilnahme der Laryngologen an dem Lissaboner Congresse sein. Für uns ist die Angelegenheit dahin erledigt, dass der Congress, soweit die Laryngologie betroffen ist, einfach ausfällt. Es mögen wohl einige dem öffentlichen Leben fernstehende Laryngologen in Unkenntniss der Verhältnisse die sogenannte „Subsection für Laryngologie und Otologie“ in Lissabon besuchen; für die wissenschaftliche Laryngologie der Welt existirt dieselbe nicht. Der Gewaltact, mittelst dessen man uns eine unwürdige Stellung aufzudringen versucht hat, kommt aus einem Lande, das während der 50 Jahre des Bestehens der modernen Laryngologie nicht einen einzigen nennenswerthen Beitrag zur Entwickelung unseres Faches geliefert hat, ein neuer Beweis für die alte Erfahrung, dass diejenigen gewöhnlich die heftigsten Gegner einer Sache sind, die am wenigsten von ihr wissen! — Es steht zu hoffen, dass die wirklich unwürdigen Versuche, die Laryngologie in eine untergeordnete Stellung

herabzudrücken, sich bei den Nachfolgern des Lissaboner Congresses nicht wiederholen werden. —

Bezüglich der Frage der Tagung laryngologischer und otologischer Congresse sendet uns Dr. P. Mink (Deventer) folgende Zuschrift:

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In Ihrer Antwort an Herrn Burger in der Julinummer Ihres Centralblatts traf ich den Satz: „Wenn der eine Theil darauf besteht, an allem theilzunehmen, was ihn interessirt, und dieses „alles“ den anderen Theil nur zur Hälfte interessirt, so scheint eine ideale Lösung der Frage geradezu undenkbar“. Freilich ist der Vorschlag Burger's in dieser Beziehung unpractisch. Beide Theile können aber vollständig Ihrem Wunsche Folge leisten, wenn die betreffenden Vorträge nach einander gehalten werden. Ich dachte daran, wie gut ich es als Oto-Rhino-Laryngologe dieses Jahr in Deutschland getroffen habe. Nachdem ich meine Wissbegierde in Homburg mit Otologie gespeist hatte, konnte ich mich in Heidelberg an Laryngologie ergötzen. „Wäre es nur immer so“, war mein oto-rhino-laryngologischer Stossseufzer.

Warum können die Otologen und die Laryngologen nicht als zwei Schwesterdisciplinen nach einander im nämlichen Locale tagen? Hierdurch braucht die Selbstständigkeit beider in keinem Punkte gefährdet zu werden. Ich höre schon die Antwort: „die Zeit wird solcherweise nicht genügen für die grosse Zahl der Themata“. Hier liegt meines Erachtens der Schwerpunkt der Frage, und hier muss auch die Lösung gesucht werden. In Homburg wurde der Antrag Bloch's angenommen, die Referate in der Deutschen otologischen Gesellschaft, analog vielen anderen gelehrten Gesellschaften, schon vorher gedruckt zu vertheilen und nur Thesen zu discutiren. Wenn in Bezug auf die Laryngo-Rhinologie ebenso vorgegangen wird, so wird das eine grosse Zeitersparniss geben. Solcherweise kann hoffentlich erreicht werden, dass beide Disciplinen ihren eigenen Tag haben für Demonstrationen und Discussionen. Die überaus grösste Zahl der Congressbesucher ist dann als Oto-Rhino-Laryngologe ganz beschäftigt, während die kleinere Zahl von reinen Otologen und reinen Laryngologen jeder ihren freien Tag haben, der, wenn auch nicht nützlich, dann doch wohl angenehm zu verbringen sein wird.

Mit hochachtungsvollen Grüssen

Ihr ergebener

Dr. P. J. Mink.

[Dieser gutgemeinte Brief löst leider die Schwierigkeiten bei den allgemeinen internationalen medicinischen Congressen ganz und gar nicht. Wie oft in diesem Blatte auseinandergesetzt, haben wir, d. h. die Laryngologen, bei den besten Gelegenheiten dieser Art während der ganzen Dauer des Congresses, und zwar sowohl Vormittags wie Nachmittags getagt, ohne das ganze vorgebrachte Material befriedigend erledigen zu können. Wie sollen da nun zwei Sectionen nach einander in demselben Local tagen und das beiden zur Verfügung gestellte Material erschöpfend aufarbeiten können? — Wenn auch zugegeben werden mag, dass vorheriger Druck der Vorträge oder einer Synopsis derselben die Arbeitslast bis zu einem gewissen Grade verringern mag, so ist es doch durchaus unwahrscheinlich, dass die so gemachte Ersparniss die Ausführung des Vorschlages des Collegen Mink befriedigend ermöglicht. Red.]

Personalnachricht.

Als Nachfolger des verstorbenen Dr. Guye, ausserordentlichen Professors der Ohrenheilkunde an der Universität Amsterdam, ist unser werther Mitarbeiter, Privatdocent Dr. H. Burger, dem wir unsere besten Glückwünsche aussprechen, zum ausserordentlichen Professor der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Amsterdam ernannt worden. Hiermit ist der erste Lehrstuhl der Laryngologie in Holland geschaffen worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, September. 1905. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **L. von Schrötter. Der 100. Geburtstag Senor Manuel Garcia's und der 50. Gedenktag der Entdeckung des Kehlkopfspiegels.** (Erinnerungsworte am Beginne der klinischen Vorlesung am 17. März 1905.) *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1905.*

Entsprechende Betrachtungen unter Würdigung der Bedeutung Garcia's, Türck's und Czermak's für Laryngoskopie und Laryngologie. HECHT.

2) **Pieniazek. Senor Manuel Garcia.** *Pregl. Lekar. No. 10. 1905.*

In einem Leitartikel anlässlich der Garciafeier schildert Verf. G.'s Lebenslauf und seine Verdienste um die Laryngologie. A. v. SOKOLOWSKI.

3) **Sendziak. Fortschritte in der Laryngo-Rhinologie in den letzten 25 Jahren. (Potespy w Laryngologii i rynologii w ostatnich 25 latach.)** *Kronica Lekarska. No. 5—9. 1905.*

Verf. giebt ein Resumé von den wichtigsten Fortschritten unser Wissenschaft, wobei er speciell die in polnischer Sprache publicirten Arbeiten genau analysirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

4) **Robert Levy: Die Beziehung von Magenkrankheiten zu Affectionen von Mund, Nase und Hals. (The relation of diseases of the stomach to affections of the mouth, nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 17. December 1904.*

Verf. stellt als Leitsätze auf, dass erstlich manche Erkrankungen der oberen Luftwege und der angrenzenden Höhlen gewisse Magenleiden verursachen können, dass zweitens umgekehrt gewisse Erkrankungen der oberen Luftwege durch Magenaffectionen hervorgerufen werden und drittens, dass infolge dieser engen causalen Beziehung die Behandlung nach beiden Seiten hin ihr Augenmerk zu richten hat. Unter den Nasenleiden, die besonders mit Verdauungsstörungen einhergehen können, nennt er Rhinitis vasomotoria, nasale Irritation und Nasenröthung. Derselbe Zusammenhang besteht auch bei Parästhesie und Hyperästhesie des Pharynx, sowie Hyperästhesie des Larynx und Spasmus laryngis. LEFFERTS.



5) **L. Kingsford. Die Wege der Infection bei Tuberculose der Kinder. (The channels of infection in tuberculosis in children.)** *Lancet. 24. September 1904.*

Bei 339 untersuchten Fällen ging die primäre Infection nur in 13 Fällen vom Pharynx aus.

ADOLPH BRONNER.

6) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die Wege der tuberculösen Infection im kindlichen Körper.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7—10. 1904.*

Durch Versuche und Ueberlegungen gelangt Verf. zu dem Schlusse, „dass die Tuberculose im Kindesalter vielleicht in der Mehrzahl der Fälle dadurch entsteht, dass der Tuberkelbacillus durch die bei der Dentition geschaffenen Verletzungen der Mundschleimhaut in die Lymphbahnen des Halses gelangt und continuirlich oder discontinuirlich eine Tuberculose der Hals-, der tracheo-bronchialen, der bronchialen, retrosternalen und vielleicht auch der mesenterialen Lymphdrüsen, d. h. eine exquisite Drüsentuberculose hervorruft, wobei selbstverständlich nicht ausgeschlossen ist, dass eine isolirte Bronchialdrüsentuberculose von den Lungen, eine Mesenterialdrüsentuberculose vom Darm aus herrührt". Nach Erfahrungen am Sectionstisch meint Verf., dass die Tuberculose des erwachsenen Menschen in der Mehrzahl der Fälle eine Inhalationstuberculose ist. Die Tuberculose der Gaumen- und Rachentonsillen und eine Infection von hier aus hält er für selten, weil sonst öfter in ihnen die Anzeichen von Tuberculose gefunden werden müssten. Zum Schluss befasst sich Verf. noch mit der Theorie v. Behring's.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **Magnus Möller** (Stockholm). **Mittheilungen aus der Abtheilung für Lichtbehandlung im Krankenhaus St. Göran (Stockholm).** *Nord. med. Archiv (innere Medicin). Bd. 37. No. 10. 1904.*

Verf. hat 113 Patienten mit Licht nach Finsen's Methode behandelt. Die Krankheiten waren: Lupus vulgaris (79 Fälle), Lupus erythematosus (17 Fälle), Carcinoma cutis (12), Alopecia areata (3), Naevus vasculosus (1) und Acne rosacea (1). Von den 79 Lupuspatienten wurden 17 geheilt, 10 nahezu geheilt, 4 bedeutend gebessert, bei einem war das Resultat unbefriedigend; 46 sind noch in Behandlung; 1 musste aus Gründen der Disciplin abgewiesen werden.

E. SCHMIEGELOW.

8) **Polland** (Graz). **Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilirenden Substanzen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1904.*

Unter anderen Fällen — vorwiegend Tumoren der Haut — wurde das Radium auch in einem Falle von Haemangioma cavernosum der Mundhöhle und des Pharynx mit gutem Erfolge angewendet. Der Autor kommt auf Grund seiner Beobachtungen u. A. zu folgenden Ergebnissen: 1. Das Radium wirkt in analoger Weise wie die X-Strahlen oder concentrirte Sonnenstrahlen oder elektrisches Licht zerstörend auf die Gewebe. 2. Eine elective Wirkung in dem Sinne, dass neoplastisches Gewebe früher oder gar allein mit Schonung der Umgebung zerstört würde, lässt sich nicht feststellen. 3. Eine Zerstörung tiefer liegender Gebilde bei Erhaltung der oberflächlichen Schichten tritt nicht ein. 4. Der Gewebszerfall dauert noch lange nach dem Aussetzen der Bestrahlung fort. Die Heilungsdauer der ge-

setzten Substanzverluste ist abnorm lang. 5. Cavernöse Haemangiome kommen dadurch zur Vernarbung, dass sich die an der bestrahlten Stelle angeregte Blutgerinnung rasch auf die Umgebung fortpflanzt und die entstandenen Thromben sich organisiren. 6. Eine sichere Dosirung ist vor der Hand nicht möglich.

CHIARI.

9) **Leonhard Görl** (Nürnberg). **Ein neues Feld für die Radiotherapie (Strumenbehandlung).** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1905.*

Autor berichtet über 8 Fälle, bei denen Strumen, die theilweise mit subjectiven Beschwerden verbunden waren, durch wiederholte Röntgenbestrahlungen sich zurückbildeten. Die subjectiven Athembeschwerden verschwanden zugleich.

HECHT.

10) **M. A. Cryer** (Philadelphia). **Anwendung der Röntgenstrahlen bei Untersuchungen über normale und pathologische Anatomie der inneren Structur des Gesichts. (Use of the Roentgen rays in the studies of the normal and pathological anatomy of the internal structures of the face.)** *American Journ. Med. Scs. Februar 1905.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die mannigfachen Punkte, die bei der Betrachtung stereoskopischer radiographischer Aufnahmen beachtet werden müssen. Bezüglich des klinischen Studiums von Nebenhöhlenerkrankungen beim Lebenden ist Verf. nicht geneigt, der stereoskopischen Radiographie unbedingten Werth einzuräumen.

A. LOGAN TURNER.

11) **S. J. Meltzer** und **Kl. Meltzer-Auer. Die Wirkung des Suprarenalextracts auf die Pupillen der Frösche. (The effect of suprarenal extract upon the pupils of frogs.)** *Amer. Journ. of Physiol. XI. 5. p. 449.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

12) **J. M. Brown. Ueber den Gebrauch von öligen Lösungen salzsauren Adrenalins bei den acuten Formen von Rhinitis und Laryngitis. (On the use of a solution of adrenalin chloride in oil in the acute forms of Rhinitis and Laryngitis.)** *Iowa Medical Journal. 15. April 1905.*

Es werden nur vier Fälle mitgetheilt, und zwar so oberflächlich, dass die Beobachtungen keinerlei Werth beanspruchen können.

EMIL MAYER.

13) **Gordon Sharp. Die Behandlung der hypertrophischen Rhinitis und Pharyngitis mit Thoriumnitrat. (The treatment of hypertrophic rhinitis and pharyngitis by thorium nitrate.)** *Lancet. 23. April 1904.*

Ein 36jähriger Mann litt an linksseitiger Pleuritis. Im Auswurf fanden sich keine Tuberkelbacillen. Er hatte seit 10 Jahren eine rauhe Stimme. Der weiche Gaumen und die Gaumenbögen waren besetzt mit stecknadelgrossen gelben Knötchen, die Zungentonsille war hyperplasirt. Auf den geschwollenen Taschenbändern und in der Interarytaenoidgegend sah man zahlreiche Tuberkel. Unter monatelanger Anwendung von Eisessigapplicationen verschwanden die Knötchen, es blieb aber noch Röthung und Verdickung der Schleimhaut bestehen. Man liess den

Patienten nun eine Stunde lang täglich eine Lösung von 100 g neutralem Thoriumnitrat in 300 ccm Wasser inhaliren; unter dieser Behandlung trat wesentliche Besserung ein.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **E. Ballowitz. Die Riechzellen des Flussneunauges (Petromyzon fluviabilis L).** *Arch. f. mikroskop. Anat. LXV. 1. S. 78.*

Das Epithel der Regio olfactoria von Petromyzon wird von zwei Zellformen, den Stützzellen und den Riechzellen gebildet; zwischen beiden Zellformen bestehen keine Uebergänge. Die Riechzellen bestehen aus einem peripheren, kernhaltigen Protoplasmakörper und einem centralen varicösen Nervenfortsatz. Letzterer geht aus einem Conus des hinteren Endes des Protoplasmaleibes hervor. Die Nervenfortsätze liegen oft zwischen den basalen Theilen der Stützzellen und verlaufen auf grössere Strecken zwischen ihnen, um erst dann subepithelial zu werden. Am peripheren Ende der Riechzellen ist eine knöpfchenartige Verdickung, die Cilien trägt. Die Riechzellen berühren sich nicht mit ihren Flächen, sondern sind durch 1—2 Stützzellen getrennt. Schlussleisten umgeben die peripheren Enden der Stütz- und Riechzellen, die dann wie in einem Gitterwerk stecken. Die Köpfchen der Riechzellen überragen dabei die Leisten gegen die freie Schleimhautfläche hin.

J. KATZENSTEIN.

15) **E. Kamon. Ueber die Geruchsknospen.** *Arch. f. mikroskop. Anat. LXIV. 4. S. 653.*

Im Gegensatz zu Blank führt Verf. aus, dass beim Hecht (Esox lucius) und beim Knurrhahn (Trigla corax) Geruchs- und Geschmacksknospen verschieden sind. Die von Disse bei Säugern beschriebenen und mit Geschmacksknospen verglichenen Epithelknospen der Regio olfactoria unterscheiden sich von den Geschmacksknospen, da sie nichts anderes als Einstülpungen und Faltenbildungen des Epithels gegen die darunter liegende Tunica propria vorstellen. Es giebt in der Riechschleimhaut der Fische und der Säuger keine Bildungen, die mit Geschmacksknospen verglichen werden können.

J. KATZENSTEIN.

16) **W. Hösel. Ueber die Markreifung der sogen. Körperfühlsphäre und der Riech- und Sehstrahlung des Menschen.** *Arch. f. Psych. XXXIX. p. 195.*

Frontal- und Sagittalschnitte eines Gehirnes aus dem Ende des 9. Fötalmonats, Horizontalschnitte eines um weniges jüngeren Gehirnes und Frontalschnitte eines Gehirnes mit Exitus 4 Stunden post partum.

Riechstrahlung: Ein markreifes Bündel, das eine directe Verbindung des Uncus mit dem Gyr. fornicatus vermittelst der Nn. Lancisi und des Gyr. Hippocampi um und über den Balken darstellt. Ferner findet sich ein zweites primäres dreigliederiges System der Riechstrahlung: erstes Glied = Tractus-olfactorius-Wurzel zur Substantia perforata ant.; zweites Glied = Verbindung von Substantia perforata ant. und Gangl. habenulae durch die Taenia thalami; drittes Glied = Verbindung des Gangl. habenulae und der Substantia perforata post. durch das Meynert'sche Bündel.

J. KATZENSTEIN.

17) **E. Zuckerkandl. Die Riechstrahlung.** *Arb. aus d. neurol. Institut an der Wiener Universität. 1904.*

Vergleichend-anatomische Untersuchung der im Septum verlaufenden Fasern nach Weigert-Präparaten bei verschiedenen Säugethierklassen. Die in das Septum einstrahlenden Fornixfasern aus dem Gyr. fornicatus und dem Ammonshorn findet man auch bei Thieren ohne einen compacten Fornix longus (gewisse Fledermäuse, Aplacentarier). Der Fornix longus ist der cranielle Theil einer Bahn, welche die Fibrae perforantes corporis callosi und des Psalteriums umfasst. Fibrae perforantes psalterii können zwischen den Bündeln der Columna fornicis durchlaufend in den Fasciculus hippocampi verfolgt werden, andere betheiligen sich an dem Aufbau der Columna fornicis, in derselben zur Basis ziehend, wodurch eine Verbindung des ventralen Ammonshornes mit dem Corpus mammillare hergestellt wird. Schliesslich wird die Faserung des Fasciculus hippocampi des Fasciculus olfact. propr. beschrieben.

Vorwiegend centrifugale Fasern dürften die Columna fornicis, die Pars ant. derselben, jene Fibrae perforantes psalterii, die zur Säule ziehen, und der Fasciculus mammillaris des Riechbündels sein, centripetal ist der Fasciculus olfactorius proprius.

J. KATZENSTEIN.

18) **G. F. Nicolai. Ueber die Leitungsgeschwindigkeit im Riechnerven des Hechtes.** *Arch. f. An. u. Physiol. 5/6. p. 578. 1904.*

Alle Theile des N. olfactor. des Hechtes leiten gleich gut. Die scheinbare Abnahme der Leitungsgeschwindigkeit nach öfteren Reizungen beruht auf Schädigung der Reizstelle, die scheinbare Erhöhung der Leitungszeit bei stärkerem Reiz auf Stromschleifen. Die Fortpflanzung der Reizwelle beginnt bei Reizung mit Inductionsschlägen sofort, bei Reizung mit constanten Strömen erst nach einer messbaren Latenz, erfolgt dann aber schneller als bei Reizung mit Inductionsschlägen.

J. KATZENSTEIN.

19) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Präcisions-Olfactometrie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 171. 1904.*

Mittheilungen über Verbesserungen des Riechmessers und über die practische Ausführung der Olfactometrie, die sich zur Wiedergabe im Referat nicht eignen.

F. KLEMPERER.

20) **Rudolfo Stevani. Ein neuer klinischer Olfactometer. (Un nuovo olfattometro clinico.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1905.*

Der Olfactometer zeichnet sich durch grosse Einfachheit aus. Er besteht aus einer 60 ccm haltenden Flasche mit breitem Hals, einem in der Mitte durchbohrten Gummistöpsel und einem Glastubus von 7 cm Länge, der in einer verschieblichen Hülse steckt und durch den Gummipfropf hindurchgesteckt wird. Dieser Tubus ist oben offen, unten geschlossen und hat einen längsverlaufenden seitlichen Schlitz. Je mehr von diesem Schlitz durch die Hülse verschlossen wird, desto weniger von der riechenden Substanz gelangt in die Nase desjenigen, der an dem oberen offenen Ende des Tubus riecht. Der Tubus ist graduirt.

FINDER.

21) **G. Martuscelli** und **U. Martelli. Veränderungen des Geruchssinns bei allmäliger Asphyxie infolge völliger Nasenstenose. (Alterazioni del senso dell'olfatto nell'asfissia lenta da stenosi nasale completa.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. 1905.*

Verff. vernähten die Nasenlöcher bei Kaninchen; die Geruchsorgane wurden, nachdem die Tiere gestorben waren, mikroskopisch untersucht. Die Veränderungen, die man an der Macula lutea und den Bulbi olfactorii fand, beschränkten sich auf die Zerstörung einiger Sinneszellen, sowohl des Riechepithels wie des Epithels der Bulbi. In letzterem sah man bisweilen varicöse Atrophie, Zerfall einiger Dendriten der Neuronen. Neben diesen leichten Veränderungen am Geruchsorgan fanden sich in den andern Organen, besonders den Lungen und Nieren, sehr schwere, die den Tod der Thiere veranlasst hatten. FINDER.

22) **H. Halácz** (Miskolsz). **Beitrag zu nasalen Infection der Augenbindehaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 241.*

Krankengeschichte eines Falles von Infection des Auges in Folge acuten Empyems des Sinus maxillaris. Die Erkrankung des Sinus maxillaris war zuerst seröser Natur und entwickelte sich dann in Folge unbekannter Ursachen zum Empyem; der auch im unteren Nasengang reichlich vorhandene Eiter gelangte höchstwahrscheinlich durch den Ductus nasalis in das linke Auge und verursachte dort ernste Erkrankung (Ulcus corneae). F. KLEMPERER.

23) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Ueber die Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. S. 267. 1904.*

Unter den ambulatorisch behandelten Patienten sah Verf. häufig chronische und acute Entzündungszustände in der Nase und ihren Nebenhöhlen, die Anlass zum Thränenfluss, Conjunctivitis, Blepharospasmen und Ciliarneuralgieen, sowie zu asthenopischen Erscheinungen gaben; zahlenmässige Angaben über die Häufigkeit vermag er nicht zu machen. In klinischer Behandlung hatte er in den letzten $2^1/_4$ Jahren 63 Fälle mit einem und mehreren Nebenhöhlenleiden; von diesen waren 17 mit Augenleiden complicirt. Bei 6 Patienten bestand Thränenfluss, 1 Fall bot Zeichen einer Blepharoconjunctivitis, 2 litten an Ciliarneuralgie und heftigen Orbitalschmerzen, 1 an Strabismus convergens sin., 5 an Dislocation des Bulbus oculi mit Paresen oder Paralysen der orbitalen Musculatur, die in 2 Fällen zur Diplopie führte; bei 2 Patienten fand sich Amaurose.

Unter Zugrundelegung dieses Materials und mit eingehender Verwerthung der vorhandenen Literatur giebt Verf. eine umfassende Bearbeitung der einzelnen Augenkrankheiten und ihrer rhinogenen Natur, auf welche des Näheren an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Das Ziel des Verf.'s ist, zu erweisen, dass in zahlreichen Fällen nur eine rhinologische Betrachtung des Augenleidens richtige pathologische und therapeutische Fingerzeige giebt, weshalb man nie unterlassen soll, in allen Fällen von peribulbären oder tiefen Augenleiden, von Amblyopieen, Sehnervenleiden und choroidalen Erkrankungen, wie auch bei Accommodationsstörungen, Asthenopien und Paresen des äusseren

Muskelapparates, endlich bei schmerzhaften Zuständen in und um das Auge, die Nase und ihre Nebenhöhlen zu untersuchen.

F. KLEMPERER.

24) **Joly. Beitrag zum semiologischen und therapeutischen Studium der Dacryocystitis nasalen Ursprungs. (Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.)** *Thèse de Bordeaux. 1904.*

Verf. kommt auf Grund seiner Ausführungen dazu, bei allen Fällen von Dacryocystitis die rhinologische Untersuchung als nothwendig anzurathen.

E. J. MOURE.

25) **B. Reko. Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat.** *New Yorker medic. Monatsschr. März 1905.*

Ein Thema in Form eines Sammelreferates, das mehr in die Domäne der Gynäkologie fällt, da der Rhinologe nur gelegentlich in die Lage kommt, sich mit ihm zu beschäftigen.

EMIL MAYER.

26) **Jerusalem** und **Falkner. Ueber Wehen und Wehenschmerz und deren Beziehung zur Nase.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung am 17. März 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1905.*

Die an der geburtshülflichen Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Chrobak ausgeführten Versuche erstrecken sich auf 80 Geburten und konnte eine günstige Beeinflussung des Wehenschmerzes namentlich in jenen Fällen durch Cocainisirung der Nase erzielt werden, in denen die Frauen schon früher an Dysmenorrhoe litten und deren untere Muscheln sowie Tubercul. septi auf Sondenberührung besonders empfindlich sind. Bei diesen Frauen konnten auch durch Reizung der unteren Muschel mit der Sonde Wehen ausgelöst werden. Diese Methoden sollten jedenfalls weiter ausgestaltet werden.

HANSZEL-CHIARI.

27) **R. Forns** (Madrid). **Die Paraffininjectionen bei der Nasenprothese. (Las inyecciones de parafina en la prótesis nasal.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 123. 1904.*

Nähere Auseinandersetzung der Indicationen und Ausführung der Paraffin-Injectionen, sowie der von ihnen zu erwartenden Ergebnisse hinsichtlich der Dauer des prothetischen Effectes.

R. BOTEY.

28) **Lozano** (Saragossa). **Die zum kosmetischen Zwecke angewandten Paraffin-Injectionen, um die Depression des Nasenrückens auszugleichen. (Las inyecciones de parafina empleadas con el fin estético de corregir la depresión dal dorso de la nariz.)** *Clinica Moderna de Saragoza. No. 26. 1904.*

Die Injectionen wurden bei einem Kinde ausgeführt, dessen Nasenrücken durch Zerstörung der Scheidewand und der seitlichen Nasenknorpel infolge Masern stark verunstaltet war.

R. BOTEY.

29) **Guérin. Ueber einen Fall von Nasenprothese mittels Paraffininjection. (A propos d'un cas de prothèse nasale par injection de paraffine.)** *Marseille méd. 19. September 1904.*

Es handelte sich um eine traumatische Sattelnase. Verf. giebt einen Ueberblick über die Vortheile und Gefahren der Methode.

A. CARTEZ.

30) **Albert C. Heath. Nasendeformitäten und Paraffinprothese. (Nasal deformities and Paraffin prothesis.)** *St. Paul Medical Journal. Februar 1905.*

Ist die bedeckende Haut dehnbar genug, um die Anwesenheit eines Fremdkörpers zu ertragen, so ist die Paraffinprothese ein ausgezeichnetes Mittel. In einem Fall des Verf.'s hat die Correction über drei Jahre lang gehalten. Gefahren sind nicht vorhanden, vorausgesetzt, dass ein homogenes Paraffin von einem erheblich über der Körpertemperatur gelegenen Schmelzpunkt angewandt wird und bei der Injection alle nöthigen Vorsichtsmaassregeln benutzt werden.

EMIL MAYER.

31) **Mintz** (Moskau). **Amaurose nach Paraffinplastik einer Sattelnase.** *Centralbl. f. Chirurgie. 2. 1905.*

Bei einer 23jährigen Patientin war im Jahre 1903 wegen luetischer Sattelnase eine Injection von 43gradigem Paraffin gemacht worden, nach einem Jahre injicirte Mintz zur Correction einer kleinen Delle $1^1/_2$ cm von der Nasenspitze entfernt rechts und links im ganzen $^1/_3$ g 43 gradiges Paraffin. 3 Minuten später Schmerzen im linken Auge und kurz darauf völlige Erblindung desselben. Mintz nimmt primäre Thrombose der Venae nasal. ext. mit Verbreitung auf das Gebiet der Vena ophthalmica inf. und Vena centr. retinae an, die sich nach dem Hauptstamm der Vena ophthalmica und des Plexus cavernosus fortsetzte.

SEIFERT.

32) **A. Ephraim** (Breslau). **Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Sequester der Nase; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der motorischen Innervation des Gaumensegels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3 S. 421. 1903.*

Der Sequester, der sich in Folge eines tertiär-syphilitischen Processes losgelöst hatte, stellt ein Stück vom Keilbein dar und enthält den vollständigen Canalis Vidianus. Der Inhalt dieses Canals, der Nervus Vidianus, muss zerstört sein. Trotzdem bestand bei dem Patienten keine Spur von Gaumenlähmung — d. h. nicht der N. petrosus superfic. major, mithin auch nicht der N. facialis ist der motorische Gaumennerv, sondern der Vagus.

F. KLEMPERER.

33) **Graeffner** (Berlin). **Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei congenitaler Lues.** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1904.*

Hochgradige Zerstörung der äusseren und inneren Nase in Folge congenitaler Lues bei dem 31jährigen Patienten. „Unweit der Apertura pyriformis befinden sich 2 Zähne, die inneren Incisivi; sie liegen in stumpfem, nach hinten offenem Winkel gegeneinander, und zwar derart, dass sie von oben und aussen nach unten und innen, die Vorderfläche der Zahnkrone nach der Schädelbasis schauend, der linksseitige Zahn vor dem rechten angeordnet sind und die Mittellinie um 2—3 mm überragen."

HECHT.

34) **Grosskopf. Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Nase.** *Monatschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1904.*

In dem einen Falle wurde ein seit 2 Jahren in der Nase befindliches hohles Gummistück entfernt, im anderen ein fünfzigpfenniggrosser Kieselstein; beide Fälle betrafen natürlich Kinder.

SCHECH.

35) **Sinotecki. Ein Fall von einem Fremdkörper in der Nase. (Przypadek ciała obcego w nosie.)** *Med. No. 38. 1904.*

Beim Eisenschmieden riss ein Stückchen Metall davon ab, prallte mit grosser Gewalt von der Erde zurück und gelangte in die Nase des Schmieds in dem Augenblick, als der Mann gebückt stand. Der Kranke versuchte dasselbe mit der Hand zu entfernen; er vermochte es aber nicht und es gelang ihm erst mittelst einer Zange, sich davon zu befreien. Das Eisenstückchen hatte eine Länge von circa 15 cm. Die Verbrennung war auf dem rechten Nasenflügel sichtbar, innerhalb waren die Seiten des rechten unteren Nasenganges mit Krusten bedeckt, ebenfalls waren Spuren der Verbrennung auf der unteren und mittleren Nasenmuschel. Die Nasenblutung war unbedeutend. Nach einiger Zeit genas der Kranke vollständig.

A. SOKOLOWSKI.

36) **Thost** (Hamburg). **Demonstration eines Fremdkörpers aus der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr, No. 37. Vereinsbeilage. 1904.*

Bei einer 66jährigen Patientin fand sich völlig in Kalksalze eingebettet ein Kirschkern, der im 6. Lebensjahre in die Nase gesteckt worden war. Fast seit einem Jahr Naseneiterung.

ALBANUS (ZARNIKO).

37) **Lacoarret. Zwei Fälle von Rhinolithen. (Deux cas de rhinolithes.)** *Annales de la Policin. de Toulouse. December 1904.*

In dem einen Fall hatte sich der Stein um einen Kirschkern, im zweiten um ein Getreidekorn gebildet. Die Patienten erinnerten sich nicht, die Fremdkörper in ihre Nase eingeführt zu haben.

E. J. MOURE.

38) **Pusateri. Ueber einen Fall von Rhinolithiasis. (Sopra un caso di rinolitiasi.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1905.*

Bei der 39jährigen Patientin fand sich eine Schwellung und Röthung im Gesicht, die sich von der Haut des Nasenrückens auf die rechte Wange und das untere Augenlid erstreckte. In dem rechten Nasenloch bestand eine fleischige Geschwulst, die dasselbe völlig verlegte, aus ihm entleerte sich beständig eine eitrige Flüssigkeit. Auch bestand reichliches Thränenlaufen. Die Rhinoscopia anterior war rechts unmöglich, links durch eine starke Septumdeviation erschwert. Nach Entfernung der das Nasenloch verlegenden Geschwulst gelang es, zwei Fremdkörper zu extrahiren. Durch Ausspülungen wurden dann noch eine grosse Anzahl hirsekorngrosser Steinchen zu Tage gefördert — im Ganzen 35. Chemisch erwiesen sich all diese Steine aus Phosphaten und vor Allem aus Calciumcarbonat zusammengesetzt. Die Nase der Patientin bot während der Monate langen Beobachtung nach der Extraction auf der Seite, wo die Steine gewesen waren, das Bild der Ozaena dar. In dem Secret fand sich constant der Staphylococcus pyogenes aureus und der Streptococcus, niemals aber der Löwenberg-Abel'sche Diplococcus.

FINDER.

39) **Donald G. Barstow. Ein Fall von angenommener primärer Tuberculose der Rachentonsille. (A case of supposed primary tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1904.*

Verf. nimmt an, dass in seinem Falle es sich um eine primäre Tuberculose

der hypertrophirten Rachentonsille gehandelt habe. Pat. hustete seit 2 Jahren, der Husten hatte sich in den letzten 8 Monaten verschlimmert und es fanden sich reichlich Bacillen im Auswurf. Eine Veränderung an den Lungen liess sich nicht nachweisen. Nach der Art des Hustens zu urtheilen schloss Verf. von vornherein mehr auf eine Affection des Halses, als der Lungen. Nach Entfernung der Adenoiden trat sofort eine auffallende Besserung aller Symptome ein, ferner verschwanden die Bacillen sofort völlig aus dem Auswurf.

In der entfernten Wucherung fanden sich Tuberkel, einer davon mit verkästem Centrum.

LEFFERTS.

40) **Robert Dölger** (München). **Ein bemerkenswerther Fall von acuter Entzündung der Rachenmandel (Rachenmandelabscess).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1904.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von phlegmonöser Entzündung der Rachenmandel mit Hirndruckerscheinungen.

HECHT.

41) **F. Casadesús** (Madrid). **Beitrag zum Studium der adenoiden Wucherungen. (Contribución al estudio de las vegetaciones adenoides.)** *Revist. de Especialid. Medic. October 1903.*

C. beendet seine eingehende Arbeit mit 18 Schlussfolgerungen, betreffend die Pathogenie, Krankheitsverlauf und Behandlungsweise der adenoiden Wucherungen sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen.

R. BOTEY.

42) **Lublinski** (Berlin). **Einige Bemerkungen über adenoide Vegetationen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 28. 1904.*

Verf. betont u. a., dass adenoide Vegetationen nicht allein mechanisch durch ihre Grösse, sondern dass auch kleinere Tumoren durch Begünstigung recivirender Gaumenmandelentzündungen den Organismus schädigen. In etwa $^1/_5$ der Fälle hat Verf. einen Einfluss kleinerer Vegetationen auf den Gesammtorganismus bemerkt; nach ihrer Entfernung blühten die Kinder schnell auf. Die Vegetationen will Verf. in allen Fällen operirt wissen, in denen sie merkliche Störungen verursachen.

ALBANUS (ZARNIKO).

43) **G. Finder** (Berlin). **Eine eigenthümliche Form von adenoider Nasenrachenvegetation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 366.*

Der untere Theil einer Rachenmandelhyperplasie von gewöhnlichem Aussehen zeigte ausgesprochen blumenkohl- bezw. maulbeerförmige Bildung. Neben den bekannten blatt-, zapfen-, kamm-, plattenförmigen Gestaltungen der adenoiden Vegetationen kommt also auch die papilläre Form vor.

F. KLEMPERER.

44) **E. F. Snydacker. Einiges Practische über Adenoide und Adenoideoperation. (Some practical points on adenoids and adenoid operation.)** *N. Y. Medical News. 18. Juni 1904.*

Es ist nicht nöthig, jeden Fall von adenoiden Vegetationen zu operiren. Oft gehen die Adenoiden zurück, wenn das Kind unter verbesserte hygienische Bedingungen gelangt; ebenso gehen diese zurück, wenn das Kind älter wird. Muss operirt werden, so empfiehlt sich die Anwendung eines Anaestheticums. Nach der

Operation muss man stets im Stande sein, die entfernte Wucherung zu präsentiren. Recidive sind in den meisten Fällen nichts weiter als die Folge unvollständig ausgeführte Operationen.
LEFFERTS.

45) **Charles Schramm. Sepsis nach Operation der Adenoiden. (Sepsis after operation for adenoids.)** *N. Y. Medical News. 23. Juli 1904.*

Bericht über einen Fall. Die Sepsis trat einige Tage nach der Operation auf.
LEFFERTS.

46) **Richmond Mc. Kinney. Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *N. Y. Medical Record. 20. August 1904.*

Mc. Kinney widerspricht einer Behauptung von Rice, wonach bei Kindern, die an Nasenkatarrh leiden, stets adenoide Vegetationen vorhanden sein sollen. Er hält die Adenoiden überhaupt nicht für so häufig, wie manche glauben machen wollen.
LEFFERTS.

47) **Claoué. Entfernung der adenoiden Vegetationen. (Ablation des végétations adénoides.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. August 1904.*

Verf. hält nach seinen Erfahrungen das Instrument von Schoetz für das geeignetste.
E. J. MOURE.

48) **C. C. Rice. Entfernung von Adenoiden. (Removal of adenoids.)** *N. Y. Medical News. 8. October 1904.*

Aus den Ausführungen des Verf.'s geht zunächst die grosse Häufigkeit der adenoiden Vegetationen in Amerika hervor; er schätzt die Zahl der täglich in New-York vorgenommenen Adenoidoperationen auf fünfzig. Einen breiten Raum nehmen die Betrachtungen ein über die Gründe, weswegen in manchen Fällen die Operation nicht den gewünschten Erfolg hat. Als Hauptursache dafür sieht R. die mangelhafte Entfernung der Wucherungen an; um diese zu vermeiden, räth er zur Vornahme der Operation in Allgemeinnarkose. Cocainanaesthesie betrachtet er als ungenügend; infolge der durch Cocain bedingten Gewebscontraction wird es schwierig, die Hyperplasien des adenoiden Gewebes überall zu entdecken. Wirkliche Recidive von adenoiden Vegetationen sind sehr selten. Ein häufiger Grund für die mangelhafte Entfernung besteht in fehlerhaft construirten Instrumenten. Die Krümmung derselben sollte anatomischen Principien folgen. Während bei kleinen Kindern adenoide Wucherungen nur im Nasenrachen vorkommen, erstrecken sie sich bei älteren Kindern in den Pharynx herab und es ist wahrscheinlich, dass man Ausläufer von ihnen auch um die Tubenöffnung und längs der Gaumenbögen findet. Um all dieses pathologische Gewebe zu entfernen, gehört eine ziemliche Portion Geduld.
LEFFERTS.

49) **N. L. Wilson. Adenoide als Quelle für Allgemeininfection. (Adenoids as a source of general infection.)** *Journal of the Medical Society of New Jersey. November 1904.*

Bericht über einen Fall von Allgemeininfection, die ausschliesslich von den adenoiden Vegetationen ausging.
EMIL MAYER.

50) **F. Huber. Dringliche Adenotomie. (Urgent adenectomy.)** *N. Y. Medical News. 5. November 1904.*

In der Medical News vom 15. October 1904 hatte Dr. Jarecki einen Fall von Adenotomie während einer Pneumonie berichtet. Obwohl der Erfolg ein guter war, muss die Methode als eine äusserst radicale zu ernsten Bedenken Anlass geben. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass die Entfernung der Adenoiden während eines entzündlichen Processes in Bronchien oder Lungen in jedem Fall, besonders aber bei Kindern, ein gewagtes Unternehmen ist, um so mehr, als die Nasenathmung durch einfachere und weniger gefährlichere Maassnahmen frei gemacht werden kann. Unter gewöhnlichen Umständen kann bei mässigem Grade von Nasenverstopfung durch Adenoide durch Einträufelung einer warmen alkalischen Lösung in die Nase Milderung geschafft werden; derselbe Zweck wird auch durch warmes Castoröl oder Vaselin erzielt. Bei hochgradigen Fällen, wie in dem von Jarecki, verfahre man folgendermaassen: Man führe ein Stück eines weichen Gummikatheters (Jacques oder Nélaton), das vorher eingefettet ist, längs des Nasenbodens ein, bis man die hintere Rachenwand erreicht und sichere es vor dem Nasenloch durch eine Sicherheitsnadel. Man kann dies auf beiden Seiten gleichzeitig oder abwechselnd erst auf einer und dann der anderen Seite machen. Es ist erstaunlich, wie gross die durch dies Verfahren erzielte Erleichterung ist.

LEFFERTS.

51) **Wilhelm Scheppegrell. Adenoide beim Neger. (Adenoids in the Negro.)** *New York and Philadelphia Medical Journal. 4. März 1905.*

Es müssen gewisse anatomische Unterschiede zwischen Weissen und Farbigen in Betracht gezogen werden, die für das vorliegende Thema von Bedeutung sind. Der Neger hat in der Norm breite, weit offenstehende Nasenlöcher, infolge dessen er unter einer Nasenverstopfung weniger zu leiden hat als der Weisse. Die Nasenathmung ist trotz grosser Hypertrophie der Rachentonsille wenig behindert und daher kommt es, dass man auch die bei weissen Kindern häufigeren Complicationen selten zu sehen bekommt.

EMIL MAYER.

52) **M. Ruprecht** (Bremen). **Eine einfache Modification des Beckmann'schen Messers.** *Mit 3 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1904.*

Bei dem Beckmann'schen Messer kommt es des Oefteren vor, dass dasselbe sich hinter der Schleimhaut „verbeisst", so dass die mit der Schleimhaut herunterhängende Rachenmandel mit einem anderen geeigneten Instrument noch abgetragen werden muss. Dieser Uebelstand lässt sich durch eine entsprechende Stielbiegung, die der Operateur leicht selbst vornehmen kann, vollständig beseitigen. Die neue Form des Instruments mit richtiger Stellung der Messerschneide zur Griffachse ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

53) **Th. R. French. Verbesserte Zange zur Entfernung adenoider Wucherungen. (Improved forceps for the removal of adenoids growths.)** *N. Y. Medical Journal. 29. October 1904.*

Demonstrirt auf dem 26. Congress der Amerikanischen laryngologischen Gesellschaft. Der Holzschnitt, der der Arbeit beigegeben ist, stellt ein Modell dar,

das, wie dem Ref. dünkt, einem vor Jahren von einem deutschen Operateur angegebenen auffallend gleicht. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

54) **H. Heinrich. Ueber den Schlundkopf einiger dibranchialen Cephalopoden.** *Zeitschrift f. Naturwissenschaften. Bd. 77. H. 1/2. S. 1.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

55) **O. Riegner. Die Physiologie und Pathologie der Kieferbewegungen.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). H. 2/3. S. 98. 1904.*

Verf. untersuchte die Wirkung der Unterkiefermuskeln an der Leiche. Temporalis und Masseter ziehen gerade nach oben mit einer Componente nach der betreffenden Seite zu. Der Pteryg. int. hebt den Unterkiefer in sagittaler Ebene ohne seitliche Bewegung. Der Pteryg. ext. verschiebt den Unterkiefer auf das Tuberc. articulare und bringt dadurch eine gewisse Senkung, d. i. Mundöffnung hervor. Der vordere Biventerbauch, sowie Mylohyoideus und Geniohyoideus öffnen den Mund ohne seitliche Kieferbewegung. J. KATZENSTEIN.

56) **W. Sternberg. Das Geschmacksprincip in der zweiten Gruppe der Zuckerkörper. (Le principe du goût dans le second groupe des corps sucrés.)** *Arch. internat. de Pharmacodyn. XIII. 1/2. S. 1.*

Der süsse Geschmack von einer Reihe von Alkoholen ist durch die doppelte Natur derselben, durch die Radicale Alkyl und Hydroxyl bedingt. Die einwerthigen Alkohole und die von der Formel $CnH_2n(OH_2)$ sind süss. Von zweiwerthigen Alkoholen sind süss: Aethylalkohol, Propylglykol, Butylglykol, Amylglykol. Die aromatischen zweiwerthigen Alkohole sind je nach der Stellung der OH-Gruppen süss oder bitter. Bei den Estern hängt der Geschmack von dem basischen Antheil ab. Die Aether haben einen süsslichen Geschmack. J. KATZENSTEIN.

57) **W. Sternberg. Der salzige Geschmack und der Geschmack der Salze.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. 5/6. S. 483. 1904.*

Stets ist es das Metall, und zwar der Basaltheil, welcher den Salzen den Geschmack verleiht, und zwar bewirken die dulcigenen Metallatome den süssen, die amaragenen und saligenen Basen, letztere allein, ohne Mitbetheiligung der Säuren, den bitteren und salzigen Geschmack. J. KATZENSTEIN.

58) **S. H. Schreiber. Beitrag zur Lehre über die Thränensecretion im Anschlusse an 3 Fälle von Facialislähmung mit Thränenmangel nebst Bemerkungen über den Geschmackssinn und über Sensibilitätsstörungen bei Facialislähmungen.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. Bd. 27. H. 1/2. S. 45.*

Verf. ist im Sinne der Erb'schen Lehre der Meinung, dass die Geschmacksfasern für die vorderen zwei Drittel der Zunge in der Regel durch den Trigeminus, für das hintere Drittel derselben und für den weichen Gaumen durch den Glossopharyngeus zugeleitet werden. J. KATZENSTEIN.

59) **Hermann Künzel. Eitrige Peritonitis im Anschluss an acute Tonsillitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1904.*

Bei einem an serofibrinös-eitriger Peritonitis verstorbenen 18 Jahre alten Mädchen fanden sich im peritonitischen Exsudat sowohl wie in der Tonsille Streptococcus pyogenes, var. longa, während in allen von den übrigen im Betracht kommenden Organen angelegten Culturen keine Streptokokken auffindbar waren, so dass ein Zusammenhang beider Affectionen angenommen werden muss. Die verschiedenen Infectionswege für die Verschleppung der Streptokokken werden anschliessend kritisch besprochen.

HECHT.

60) **K. Justi** (Hongkong). **Kollargolpinselungen bei Angina und Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1904.*

Justi hatte mit Pinselungen einer 5proc. wässerigen Kollargollösung Erfolge, die sich in einer bedeutenden Abkürzung der Entzündungserscheinungen und einem rascheren Verschwinden, bezw. Nichtwiederkehr der abgepinselten Beläge manifestirten. Da in Hongkong wirksames Diphtherieserum kaum zu haben ist, musste sich Autor auf locale Behandlung — neben den entsprechenden Allgemeinverordnungen — beschränken und erzielte mit dreimal täglichen Bepinselungen mit obiger Lösung überraschende Erfolge.

HECHT.

61) **J. D. Page. Eitrige Peritonsillitis. (Péritonsillite suppurée.)** *Le Bulletin Médical de Quebec. Januar 1905.*

Verf. meint, die Affection komme häufig bei Rednern vor und die Anstrengung der Stimme stelle eine Art Trauma für die Tonsille dar.

EMIL MAYER.

62) **J. de Haan** (Weltevreden, Java). **Angina ulcero-membranosa s. spirochaeto-bacilliaris.** *Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indië. Bd. XLIV. H. 5. 1904.*

Im vergangenen Jahre hat d. H. einige Male aus dem Halse herrührende Pseudomembranen auf Diphtheriebacillen untersucht, und anstatt derselben die für Angina Vincenti s. Plauti, s. ulcerosa, s. diphtheroides eigenthümliche Mikroorganismen gefunden. Bei diesem Leiden, von welchem 2 Formen resp. eine diphtheroide und eine ulceröse zu unterscheiden sind, werden im Mandelbelag constant 2 Mikrobenarten gefunden und zwar in frischen Fällen nahezu in Reincultur, nämlich lange (6—12 mm) Bacillen und Spirillen. Beide Arten lassen sich mit Anilinfarben leicht, indessen nicht nach Gram färben. Züchtungsversuche misslangen hier wie auch sonst. Für die klinische Beschreibung und richtige Abbildungen verweist d. H. auf Gross (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 79. H. 3 u. 4.) Die Angina ulcero-membranosa kommt also in Niederländisch-Indien vor.

H. BURGER.

63) **Többen** (Gelsenkirchen). **Ueber Angina und Stomatitis ulcerosa.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1904.*

Nach Eingehen auf die Literatur Mittheilung eines Falles von Angina und Stomatitis ulcerosa bei einer 25jährigen Frau, bei der im Abstrich eines Mandelgeschwürs Spirillen und fusiforme Bacillen sich fanden. 8 Tage nach Genesung der Frau bekamen ihre 2 und 4jährigen Mädchen Geschwüre am Zahnfleisch und Wangenschleimhaut mit demselben bakteriologischen Befund.

Bei einem 46jährigen Mann, der unter dem Bilde der Diphtherie erkrankte und wo eine Stomakace hinzutrat, zeigte ein Mandelabstrich echte Diphtheriebacillen, ein Abstrich einer der zahlreichen Ulcera im Munde Spirillen und fusiforme Bacillen.

Erfolglose Versuche der Züchtung der beiden Mikroorganismen.

ALBANUS (ZARNIKO).

64) **Escherich. Angina ulcerosa (Bernheim).** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 11. November 1905.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Die Angina ulcerosa sieht einer localisirten Rachendiphtherie sehr ähnlich, doch ist sowohl das Aussehen der Beläge (höckerig, grauweiss, von einem Streifen dunkelrother Schleimhaut umrandet), die Localisation (vorwiegend Gaumen, Uvula, dann Tonsille), das Fehlen aller schweren Symptome für die Diagnose wichtig. Der Erreger ist der von Bornheim als Schiffchen, von Vincent als Bacillus fusiformis beschriebene charakteristische Bacillus.

CHIARI-HANSZEL.

65) **J. Denys** (Löwen). **Pseudomembranöse Streptococcus-Anginen. (Angines pseudomembraneuses à streptocoques.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 7. 1904.*

Bei der Aetiologie der pseudomembranösen Anginen kommen hauptsächlich in Betracht: 1. Der Löffler'sche Bacillus, 2. der Streptococcus pyogenes und der Vincent'sche Bacillus. „Die Culturen geben brauchbare Resultate, wenn sie den Diphtheriebacillus nachweisen; wenn sie aber in dieser Beziehung stumm sind, so kann man daraus noch keinen Schluss ziehen". Inzwischen, bis man das Resultat der Culturen kennt, und falls die Angina nicht gelegentlich bei Masern oder Scharlach auftritt, beginne man mit antidiphtheritischen Seruminjectionen. Haben diese nach 24 oder 36 Stunden keine deutliche Besserung hervorgebracht, dann darf man vermuthen, dass es sich um den Streptococcus pyogenes handelt. Die Anginen im Gefolge von Masern und Scharlach rühren beinahe immer vom Streptococcus pyogenes her und ist das für exanthematische Anginen zuerst benöthigte Serum das Streptoserum.

D. theilt eine Reihe einschlägiger Fälle mit und zieht daraus die Lehre, dass pseudomembranöse Anginen, welche im Verlauf oder nach Ablauf von Masern oder Scharlach auftreten, oder Personen befallen, welche in engerem Contact mit solchen Kranken gestanden, beinahe immer Streptococcusanginen sind. Dieselben haben in Bezug auf Aetiologie nichts mit der wahren Diphtheritis und folglich auch nichts mit dem antidiphtheritischen Serum zu thun, sie erheischen das Streptoserum. — Die Dosis des zu injicirenden Streptoserums hängt, wie bei der wahren diphtheritischen Angina, von der Schwere des Falles ab: 10, 20 und 30 ccm in leichten Fällen; in schweren Fällen bei Kindern mittleren Alters verwende man 30 bis 60 ccm und mehr. Es ist besser sofort einen kräftigen Hieb auszuführen, als die Dosis auf 2 und mehrere Tage zu vertheilen. Wenn nach 48 Stunden keine Besserung eingetreten ist, so helfe man mit neuen Dosen von 10—30 ccm nach. In einem Falle wurden 3 Dosen von 100 ccm injicirt!

Tritt die Besserung einmal ein, so dauert sie gewöhnlich fort; doch scheint die Heilung sich etwas mehr in die Länge zu ziehen, als bei der wahren Diphthe-

ritis; endlich werden die Resultate um so sicherer ausfallen, und mit Aufwand von um so weniger Serum, je zeitiger man eingegriffen hat. BAYER.

66) **Vidal** und **Darré** (Paris). **Angina Vincenti und gleichzeitige Stomatitis ulceromembranosa nach Staphylokokkenangina. (Angine de Vincent et stomatite ulcéro-membraneuse simultanées consécutives à une angine staphylococcique.)** *Société médicale des hôpitaux. 7. November 1904.*

Es scheint angenommen werden zu müssen, dass in diesem Fall die vorausgegangene Streptokokkenangina eine prädisponirende Rolle gespielt hat.

PAUL RAUGÉ.

67) **Wm. N. Berkeley. Der gegenwärtige klinische und bakteriologische Stand der Vincent'schen Angina. (The present clinical and bacteriological status of Vincent's Angina.)** *N. Y. Medical Record. 15. April 1905.*

Verf. giebt eine Beschreibung der Affection, besonders auch des bakteriologischen Befundes bei ihr, sowie eine Geschichte unserer Kenntnisse von der Erkrankung. LEFFERTS.

68) **H. Vincent** (Paris). **Bemerkungen über die „Angine à bacilles fusiformes".**

69) **H. C. Plaut** (Hamburg). **Antwort.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1905.*

Prioritäts-Streitigkeiten. HECHT.

70) **Alsberg** (Hamburg). **Carcinom des Hypopharynx und Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1904.*

Bei 56jähriger Patientin wurde nach Gluck Kehlkopf, unterer Theil des Schlundes und ein Stück des Oesophagus entfernt. Durch die Schlundprothese, bestehend aus einem Gummischlauch, der durch den Wundkanal in den Oesophagus führt, mit einem Trichter, der im Pharynxrest liegt, geht die Nahrungsaufnahme vor sich. ALBANUS (ZARNIKO).

71) **M. A. Goldstein. Bösartige Geschwülste der Mund- und Rachenhöhle. (Malignant growths of the mouth and pharynx.)** *The Larnyoscope. August 1904.*

Verf. bespricht besonders die Rolle, die das Lymphgefässsystem bei der Ausbreitung der Erkrankung spielt, ferner die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose, den Charakter und die Häufigkeit der Neubildungen, sowie die Differentialdiagnose und Therapie. EMIL MAYER.

72) **Westenhoeffer** (Berlin). **Demonstration eines pathologisch-anatomischen Präparates von Carcinom am Pharynx und Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 5. Vereinsbeilage. 1904.*

Bei Lebzeiten des Patienten wegen Erstickungsgefahr Tracheotomie. Tags darauf starke Blutung aus der Kanüle. Erstickungstod durch Aspiration von Blut. Die Section deckte eine Usur der Arteria thyreoidea, die in die Geschwulst eingeschlossen war, auf. ALBANUS (ZARNIKO).

73) F. Joshua. **Anscheinende Heilung von einer muthmaasslich bösartigen Erkrankung der Mundhöhle. (Apparent recovery from presumably malignant disease of the mouth.)** *Lancet. 25. März 1905.*

Eine sehr schwache 98jährige Frau zeigte ein augenscheinlich krebsiges Geschwür an der linken Seite der Zunge. Operation war durch den Allgemeinzustand ausgeschlossen. Es erfolgte Wiederherstellung unter Anwendung von Waschungen mit Borsäure und localer Application von Cocain. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht.

ADOLPH BRONNER.

74) **Howard A. Lothrop** und **David D. Scannell. Die Resultate der Behandlung des Carcinoms im Bereich der Mundhöhle am Boston City Hospital. (The results of treatment of cancer in and about the mouth at the Boston City Hospital.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1905.*

Die Schlussfolgerungen des Verf.'s sind:

1. Die Mortalität der Fälle von Carcinom im Bereich der Mundhöhle ist ausserordentlich hoch; sie beträgt auf Grund der in dieser Arbeit niedergelegten Statistik mindestens 90 pCt.

2. Alle nicht operirten Fälle gehen früher oder später an der Krankheit zu Grunde.

3. Die Lebensdauer bei den operirten Fällen beträgt im Durchschnitt $3^1/_2$ Monate mehr als bei den nicht operirten.

4. Es wird den Patienten durch manche chirurgische Eingriffe eine — wenn auch vorübergehende — erhebliche Erleichterung verschafft.

5. Eine frühzeitige Diagnose bösartiger Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle ist von grösster Wichtigkeit und eine mit Maass ausgeführte Radicalexcision bietet die grösste Hoffnung auf radicale Heilung.

6. Sind die Theile im ausgedehnten Grade ergriffen, so kann ein Eingriff unternommen werden, wenn die physiologische Function nicht zu sehr dadurch beeinträchtigt wird und keine unmittelbare Lebensgefahr dadurch entsteht.

EMIL MAYER.

75) **Farrar Cobb** und **Channing C. Simmons. Die Resultate bei Fällen von Carcinom der Tonsillen und Wangen, die während der 8 Jahre vom 1. Januar 1892 bis 1. Januar 1900 in Massachusetts Allgemeinen Krankenhaus operirt wurden. (The results im cases of cancer of the tonsils and jaws operated on at the Massachusetts general hospital during 8 years from January 1, 1892 to January 1, 1900.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1905.*

Die Lebensdauer in den operirten Fällen war im Allgemeinen länger als in den nicht operirten; es lebten von der ersten Kategorie 33 länger als ein Jahr seit dem Auftreten der ersten Symptome, von der zweiten nur 19. Zieht man die Fälle in Betracht, die seit dem Beginn der Beobachtungszeit über ein Jahr lang am Leben sind, so ist das Verhältniss der operirten zu den nicht operirten Fällen 23:5.

Die interessanteste Reihe von Fällen stellen die Zungenkrebse dar; es



sind deren 54, von denen 34 operirt wurden mit einer unmittelbaren Mortalität von $8^1/_2$ pCt.

In allen Fällen, in denen eine mikroskopische Untersuchung gemacht wurde, lautete die Diagnose auf Plattenepithelkrebs; nur in einem Falle auf eine maligne Struma. Es war nur ein Fall von Leukoplakie vorhanden, in dem ein kleines ulcerirtes Knötchen nahe der Zungenbasis bestand, das für wahrscheinlich bösartig angesehen wurde. Pat. verweigerte die Operation und starb 8 Jahre später an Zungenkrebs. Von den 34 operirten Fällen waren 4 am Leben und gesund, 2 davon 13 Jahre, einer 6 und einer 4 Jahre nach der Operation. Ein fünfter Fall lebte $4^1/_2$ Jahre und starb dann an Sarkom. Wird dieser Fall als Heilung des ursprünglichen Carcinoms mit eingerechnet, so erhält man als Procent der Heilungen 14,3 pCt.

EMIL MAYER.

76) **Frederic C. Cobb. Die Wichtigkeit einer frühen Diagnose des Krebses im Bereich des Mundes. (The importance of early diagnosis of cancer in and about the mouth.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1905.*

Die Anfangsstadien des Krebses der Mundrachenhöhle lassen sich in zwei Klassen theilen: erstlich solche Veränderungen, die an sich gutartig, dazu neigen, durch Degeneration sich in Carcinom umzuwandeln und zweitens solche, bei denen die klinischen Erscheinungen des Carcinoms bereits offenkundig sind. Zur ersten Klasse gehören Leukoplakie, Warzen, Ulcerationen, Fissuren und Knötchen: bei der zweiten findet man Induration der Basis der afficirten Stelle mit Ulceration, zuweilen begleitet von Absonderung. Eine Ulceration nahe einem leukoplakischen Fleck rechtfertigt nach dem Verf. eine mikroskopische Untersuchung darauf, ob eine Induration der Basis vorhanden ist.

Ausser den Leukoplakien bedürfen besonders die einfachen Ulcerationen, wie sie durch Irritationen, schlechte Zähne, Rauchen oder durch Erkrankungen (Syphilis, Lupus, Tuberculose) entstehen, der Beachtung. Verf. bespricht ausführlich die Differentialdiagnose zwischen carcinomatösen, lupösen und tuberculösen Ulcerationen. Im Nothfall entscheidet die mikroskopische Stückchenuntersuchung.

EMIL MAYER.

77) **E. A. Codman. Die Anwendung der X-Strahlen bei der postoperativen Behandlung des Mundkrebses. (The use of the X-ray in the postoperative treatment of cancer in the mouth.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. März 1905.*

Verf. hat niemals von dieser Behandlung irgendwelchen Nutzen gesehen.

EMIL MAYER.

78) **Harman Smith. Primäres Epitheliom der Uvula. (Primary epithelioma of the uvula.)** *N. Y. Medical Journal. 29. April 1905.*

Die Erfahrung zeigt, dass beim primären Krebs der Uvula die Drüsen nicht häufig ergriffen sind, ausser wenn die Tonsillen und die laterale Rachenwand bereits mit afficirt sind. Verf. leitet daraus den Schluss ab, dass die Geschwulst sich durch die Schleimdrüsen des weichen Gaumens verbreitet und dass darum ihr Wachsthum langsamer ist, als wenn sie durch die Lymphgefässe sich aus-

breitete. Die Erfahrung spricht auch dafür, dass eine genügend gründliche Entfernung der Geschwulst an dieser Stelle gute Chancen giebt.

Im Fall des Verf.'s handelte es sich um eine himbeerförmige Geschwulst der Uvula mit einer Induration, die sich nach rechts auf den weichen Gaumen ausdehnte und mit einer Erosion auf der Oberfläche. Rechts waren keine befallenen Drüsen zu constatiren, dagegen fühlte man in der Submaxillargegend der anderen Seite eine harte Drüse. Der Tumor und ein erheblicher Theil des weichen Gaumens wurde entfernt. Die Beherrschung der Blutung machte einige Schwierigkeiten. Die Induration war so, dass eine Coaptation der Wundränder nicht möglich war und so musste eine grosse U-förmige Oeffnung gelassen werden. Es bildete sich ein Recidiv; diesmal wurde der untere rechte Rand des Gaumens entfernt. Fünf Monate nach dieser letzten Operation ist Pat. gesund und kein Anzeichen von Recidiv vorhanden.

LEFFERTS.

79) **G. Prota. Multiples idiopathisches hämorrhagisches Sarkom des Isthmus faucium und der Haut. (Sarcoma multiplo idiopatico emorragico dell'istmo delle fauci e della cute.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1905.*

Verf. berichtet den Fall eines 56jährigen Mannes, der seit 2 Jahren über Halsbeschwerden klagte und bei dem man einen violettfarbigen Tumor von Grösse und Form einer grossen Mandel fand, der oberhalb des linken hinteren Gaumenbogens in die Rachenhöhle hineinragte und der Seitenfläche des Gaumensegels breitbasig adhärirte. Die mikroskopische Untersuchung des mit der Schlinge entfernten Tumors ergab, dass es sich um ein Angio-Sarkom handelte, dessen sarkomatöser Antheil endothelialen Ursprungs ist und das sich daher als Angiosarcoma endotheliale definiren liess.

Pat. hatte gleichzeitig an beiden Händen zahlreiche violettfarbige Flecke und am linken kleinen Finger eine ebenso gefärbte Neubildung.

FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

80) **Neisser** (Frankfurt a/M.). **Enquête des Aerztlichen Vereins zu Frankfurt a/M. über eine Diphtherie-Epidemie April—Mai 1903.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. 1904.*

Es kamen 225 Fälle durch 70 Aerzte in 178 Haushaltungen zur Beobachtung. Davon wurden 4 mit negativem bakteriologischen Ergebniss untersucht; bei 97 anderen untersuchten Fällen war das Ergebniss bakteriologisch positiv. Auffallend viele Erwachsene waren erkrankt: Durchschnittsalter 16,8 Jahre! Bemerkenswerth war das explosionsartige Auftreten. Vermuthet wird Nahrungsmittelinfection, die durch Erkrankung von 5 Theilnehmern eines Soupers gestützt wird. Die Prozentsätze der leichten, mittelschweren und schweren Fälle zeigten ungefähr gleiche Höhe. Die Mortalität war bei 135 am 1. bis 3. Krankheitstage injicirten Fällen = 0 pCt., bei 41 später oder nicht injicirten Fällen = 14,6 pCt.

ALBANUS (ZARNIKO).

81) **Henius** (Frankfurt a/M.). **Beiträge zur Diphtherie-Epidemie April—Mai 1903 zu Frankfurt a/M.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. 1904.*

Von der genannten Epidemie kamen ins städtische Krankenhaus zu Frankfurt a/M. 97 Fälle; namentlich zuerst viel Erwachsene. Die Erkrankung war in 71 pCt. leicht, in 4 pCt. mittelschwer und in 25 pCt. schwer. Von 38 Erwachsenen starb niemand, Mortalität unter 39 Kindern = 12 pCt. Jeder Diphtheriekranke bekam bei der Aufnahme 3000 I.-E. = 6 ccm eines 500fachen Serums.

ALBANUS (ZARNIKO).

82) **G. Thollander** (Schweden). **Ueber Diphtherie in Kisa 1899—1902. (Om Difteri i Kisa 1899—1902.)** *Hygiea. p. 558. 1904.*

Die Arbeit bietet für den Leser des Centralblattes kein Interesse.

E. SCHMIEGELOW.

83) **E. Saul** (Berlin). **Beiträge zur Morphologie der pathogenen Mikroorganismen, Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.** *Mit 10 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

84) **Joseph David Biehn. Die Resultate der Untersuchung von Culturen aus dem Pharynx auf Diphtherie. (The results of the examinations of throat culturs for diphtheria.)** *Clinical Review. April 1905.*

Eine detaillirte Studie auf Grund von 1831 Culturen: Von 364 Fällen, bei denen die Diagnose auf Diphtherie gestellt war, fanden sich bei 37,08 pCt. Diphtheriebacillen; von 416 für Tonsillitis gehaltenen Fällen waren 16,34 pCt. Diphtherie, während bei 601 Fällen ohne Diagnose 28,20 pCt. Diphtheriebacillen enthielten.

EMIL MAYER.

85) **Henry A. Fligley. Die bakteriologische Schnelldiagnose der Diphtherie. (The rapid bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. April 1905.*

Unter „bacteriologischer Schnelldiagnose" versteht Verf. die Identification der Diphtherie mittels Färbung des direct von den Pseudomembranen entnommenen Abstrichs. Er bedient sich folgender Lösungen:

I. Fünf Tropfen Kühne's Carbolmethylenblau in 7 cm Leitungswasser.

II. 10 Tropfen Carbolfuchsin auf 7 ccm Leitungswasser.

Anwendungsweise: Nachdem das Präparat dreimal durch die Flamme gezogen und so fixirt ist, wird 5 Minuten lang Lösung I angewendet, dann mit Leitungswasser abgespült und mit Fliesspapier getrocknet, eine Minute lang Lösung II angewendet, wieder abgespült und getrocknet und in Balsam gelegt. Zwischen Färbung I und II wird keine Entfärbung angewandt. Die Ausstriche müssen sehr dünn sein, die angegebenen Zeiten für die Färbungen müssen genau befolgt werden, zwischen I und II muss gründlich gewaschen und getrocknet werden und die Farblösungen müssen frisch bereitet werden. Es erscheinen dann die Diphtheriebacillen als dunkelrothe oder violette, unregelmässig gefärbte Stäbchen.

LEFFERTS.

86) **Mogilnicki. Diphtherie im Verlaufe des Scharlachs. (Blonica w przebiegu szkarlatyny Czasopismo.)** *Lekarskie. No. 4. 1905.*

Verf. kommt auf Grund diesbezüglicher Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1. Diphtherie kann in allen Stadien des Scharlachs diesen Process compliciren und stellt eine wichtige Complication dar. 2. Die Diagnose ist nur auf Grund einer bakteriologischen Untersuchung möglich. In zweifelhaften Fällen muss jedenfalls Serum injicirt werden. Klinisch kommen folgende Merkmale in Betracht: Eigenthümliche typische Mandelbeläge, Schwellung der Halsdrüsen, Ausfluss aus der Nase, Heiserkeit u. s. w. Man soll während einer Epidemie die sämmtlichen Kinder bakteriologisch untersuchen und die mit Diphtherie complicirten Fälle separiren.

A. v. SOKOLOWSKI.

87) **Hans Dietlen** (Greifswald). **Ueber Herzdilatation bei Diphtherie.** *Mit 9 Fig. Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Bericht über 9 einschlägige Fälle nebst entsprechenden Radiogrammen, die mit dem Moritz'schen Orthodiagraphen in horizontaler Rückenlage aufgenommen wurden.

HECHT.

88) **W. J. Wilson. Diphtherie complicirt durch subcutanes Emphysem. (Diphtheria complicated by subcutaneous emphysema.)** *Canada Journal of Medicine and Surgery. April 1905.*

Im Verlauf der Diphtherie trat ein Emphysem des Nackens, des linken Augenlids, der Arme und des Rumpfes auf, das langsam wieder zurückging.

Der Umstand, dass das Emphysem am Hals und nicht an der Injectionsstelle zuerst auftrat, ferner der Befund eines Gas erzeugenden Keims scheinen darauf hinzuweisen, dass dem Antitoxin keine Schuld an der Infection beizumessen ist.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **Nistriyama Nobumitso. Die Kehlkopfmuskeln des Hylobates lar. verglichen mit denen der anderen Affen und Menschen.** *Dissert. Rostock 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

90) **S. Citelli. Ueber die Anwesenheit von mehrzelligen intraepithelialen Schleimdrüsen in der Tuba Eustachii und Kehlkopfschleimhaut des Menschen. (Sulla presenza di ghiandole mucose pluricellulari intra-epitheliali nella tromba d'Eustachio e nella mucosa laringea dell'uomo.)** *Anat. Anz. XXVI. 17/18. S. 480.*

Die in Frage kommenden kugelförmigen Gebilde sind von vielen Autoren beim Menschen in der Nase, ferner von Poncet und Stieda in der Augenbindehaut, von Schaffer im Nebenhoden, von Citelli in der Tuba Eustachii und im Kehlkopf gefunden worden. Sie stellen mehrzellige intraepithelial gelegene Schleimdrüsen dar und finden sich hautsächlich unter pathologischen Bedingungen. Ihre Histogenese kann verbunden sein mit einem einfachen Process veränderter Ernährung und Function oder mit einer Proliferation.

J. KATZENSTEIN.

91) **Broeckaert. Untersuchungen über die Kehlkopfarterien. (Recherches sur les artères du larynx.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 5. 1904.*

Die in der französischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Mai 1904 (vergl. diesbezüglichen Bericht!) mitgetheilte Arbeit giebt genauen Aufschluss über die Topographie der Kehlkopfarterien und deren Anomalien an der Hand von Abbildungen von Präparaten, welche vom erwachsenen und kindlichen Kehlkopf gewonnen waren.

BAYER

92) **Kaplan** (Minsk). **Die Drüsen des Stimmbandes.** *Dissert. Bern 1905.*

Der für Laryngologen immer actuelle Gegenstand führt Verf. zur Besprechung der Fragen, ob die Sängerknötchen und wahren Cysten der Stimmbänder wesentlich aus Drüschen hervorgehen oder nicht. Fragen, welche sie offen lässt; immerhin ist sie geneigt, sie in bejahender Richtung zu beantworten, weil es anatomisch jetzt entschieden sei, dass Drüsen in der Basis der Knötchen nicht nachgewiesen werden können, und namentlich gerade an der Electionsstelle der Knötchen die von B. Fränkel entdeckte grössere Schleimdrüse liege. Dass Sängerknötchen oft Schleim abzusondern scheinen, wird kein laryngologischer Beobachter ganz verneinen.

Auch die Frage des Ueberganges gutartiger in maligne Kehlkopfgeschwülste wird als eine nicht ganz entschiedene behandelt. Verfasserin hat 15 gesunde Stimmbänder aus dem Berner pathologischen Institut lege artis gehärtet und in Schnittserien mikroskopirt. Sie kommt zum Schlusse, dass es keinem Zweifel mehr unterliege, dass Drüsen im Bereiche der Plattenepithel tragenden freien Stimmbandränder, besonders im hinteren Theil des Stimmbandes liegen, welche oft nahe der Spitze des Stimmbandkeiles (Querschnitt) ausmünden, und dass dies bei der Entstehung von Neubildungen und Sängerknötchen in Betracht zu ziehen sei.

JONQUIÈRE.

93) **Georg Köster** und **Armin Tschermak. Ueber den Ursprung und die Endigung des N. depressor und N. laryngeus sup. beim Kaninchen.** *Arch. f. An. (u. Physiol.). Suppl.-Bd. S. 255—294. 1902.*

Der N. depressor entspringt aus dem oberen Pol des Gangl. jugulare, das auch den sensiblen Portionen des N. vagus und N. laryngeus sup. zum Ursprunge dient, und er endet mit seinen peripheren Axencylindern in der Aorta. Er ist also nicht der sensible oder Reflexnerv des Herzmuskels, sondern der Aorta.

J. KATZENSTEIN.

94) **E. Barth. Zur Physiologie der Stimme.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. 1/2. S. 232. 1905.*

Bei ansteigender Höhe werden in der Norm entsprechend der stärkeren Spannung des M. thyreo-cric. die Stimmbänder stärker gespannt und der Ringknorpel wird an den Schildknorpel herangezogen; dabei steigt der Kehlkopf in die Höhe. Der Schildknorpel muss dabei dadurch fixirt werden, dass er an das Zungenbein herangezogen wird; das Zungenbein muss aber auch fixirt werden, und zwar so, dass es durch die an demselben ansetzenden Muskeln festgestellt wird, und zwar ebenfalls unter gleichzeitigem Ansteigen um so höher, eine je stärkere Fixation der Schildknorpel nöthig hat.

Mittelst eines von Zwaardemaker angegebenen Registrierapparates hat B. nun beobachtet, dass gerade bei den bestgeschulten Stimmen von Gesangskünstlern der Kehlkopf beim höchsten Ton am tiefsten, beim tiefsten Ton am höchsten tritt. Dadurch wird das Ansatzrohr grösser im verticalen und dadurch, dass der Kehlkopf beim Tiefertreten auch eine Bewegung nach vorn macht, gleichzeitig im sagittalen Durchmesser. Der buccopharyngeale Winkel wird stumpfer und dadurch ermöglicht, dass Tonwellen aus dem Kehlkopf ungebrochen in grösserer Anzahl direct nach dem harten Gaumen geleitet werden können. Die grössere Entfernung zwischen Zungenbein und Schildknorpel macht einen Druck des Petiolus auf die Taschenbänder und den Sin. Morgagni unmöglich, der Schallraum des Sin. Morgagni kann entsprechend der Feststellung von J. Katzenstein und R. du Bois-Reymond, dass derselbe resonatorisch wirkt, ungehindert seiner physiologischen Bestimmung genügen. Die Tongebung vollzieht sich dabei unter einem geringeren Verbrauch von Muskelkräften. Soll der Kehlkopf bei ansteigender Tonhöhe tiefer treten, so müssen die Muskeln, welche ihn nach oben zu ziehen und zu fixiren im Stande sind, erschlaffen. — B. sieht in der Bewegungsrichtung des Kehlkopfes beim Ansteigen der Tonhöhe das entscheidende Moment für den sog. richtigen oder falschen Tonansatz.

(In dem schon 1903 Leipzig, Breitkopf und Härtel, erschienenen Leitfaden zum Kunstgesang von Cornelia van Zanten wird S. 38 die obige spätere Beobachtung Barth's mit folgenden Worten angegeben: „Eine weitere Untersuchung, die Prof. Zw. (Zwaardemaker) vornahm, war die Ermittelung der Wirkung des Kehlkopfes beim Singen, die durch einen zuverlässigen Apparat registrirt wurde. Hieraus ging hervor, dass je höher der Ton stieg, desto tiefer der Kehlkopf sank und sich dabei horizontal ausdehnte, während er bei heruntergehenden Tönen wieder auf die normale Höhe zurückging.“ Ref.)

J. KATZENSTEIN.

95) **Winckler** (Bremen). **Die Behandlung von Sprachgebrechen in der Hülfsschule.** *Med.-päd Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. März-April 1905.*

Die Hülfsschule bedarf in erster Linie einer ärztlichen Unterstützung (in Würzburg in erster Linie einer Trennung in Confessionen). Der Lehrer muss namentlich bei und nach erfolgter Aufnahme Gelegenheit haben, sich über seine Schüler zu informiren und aussprechen zu können. Die Behandlung der Sprachstörungen wird sich durch eine derartige gemeinsame Arbeit wesentlich erleichtern lassen. Vorbedingung für den Arzt ist die, dass er mit dem Wesen der Sprachstörungen ebenso vertraut ist, wie der Lehrer. Dann kann er bei der Aufnahme der Schüler bereits auf zahlreiche Schwierigkeiten hinweisen. Er kann die operativ Verbesserungsfähigen und die für die Hülfsschule Untauglichen bezeichnen. Während der Ausbildung des Kindes kann er zweifelhafte Beobachtungen klarstellen und Hülfe angeben, ohne dabei die rein pädagogische Thätigkeit anzutasten.

SEIFERT.

96) **Zahn** (Stuttgart). **Bemerkungen über die Prognose und Behandlung des Stotterns.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 23. 1905.*

Die Aussicht des Stotterers auf eine Selbstheilung seines Leidens ist über-

haupt sehr unsicher und noch weniger gewiss ist diese in Bälde zu erwarten. Vielmehr ist für ihn die Gefahr gross, lange Jahre oder auf Lebenszeit stottern zu müssen. Andererseits kann er mit Grund hoffen, wenn sein Fehler nicht zu schlimm ist, durch eine mit Eifer und Geduld unternommene Kur geheilt, wenigstens gebessert zu werden. Damit das Stottern keinen zu hohen Grad erreicht, ist es dringend zu empfehlen, so bald als möglich eine Behandlung einzuleiten.

SEIFERT.

97) **G. Hudson Makuen. Verzögerte Entwickelung der Sprache bei jungen Kindern. (Retarded development of speech in yong children.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1905.*

Eine Uebersicht über die Momente, die bei kleinen Kindern zur Verzögerung der Sprachentwickelung führen können und über die Methoden ihrer Heilung.

EMIL MAYER.

98) **Oltuszewski. Die Pathologie und Therapie der Sprechstörungen vom heutigen Standpunkt der Wissenschaft. (Obrazy patologii mowy w swietle nauki wspótezesneij oraz zasady leczenia zboczen mowy.)** *Gazeta Lekar. No. 3—8. 1905.*

Verf. theilt sämmtliche Sprachstörungen in zwei Gruppen: 1. centrale, zu welchen Aphasie, Dysphasie und Dysarthrie gehören; 2. peripherische. Verf. beschreibt in Grundrissen Psychologie der Sprache, Pathogenese, Diagnose der verschiedenartigen Sprachstörungen, Prognose und Therapie. Genaue Erkennung der einzelnen Formen bietet manchmal bedeutende Schwierigkeiten. Die Therapie beruht hauptsächlich auf methodischen Uebungen, wie auch Anwendung von allgemeinen therapeutischen Mitteln, Klimatotherapie, Hydrotherapie u. s. w. Die Details sind im Original nachzulesen.

A. v. SOKOLOWSKI.

99) **Jörgen Möller** und **J. F. Fischer** (Kopenhagen). **Ueber die Wirkung der Mm. crico-thyreoideus und thyreo-arytaenoideus internus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 72.*

Die Verff. studirten die Function der Muskeln im Röntgenbilde. Sie constatirten bei der Intonation eine beträchtliche Verkleinerung des Zwischenraumes zwischen Ring- und Schildknorpel, und zwar ist es die aufsteigende Bewegung des Ringknorpels, welche diese Verkleinerung zu Stande bringt. — Die Wirkung des M. thyreo-arytaenoideus internus besteht darin, dass er die Stimmlippe, deren freier Rand bei der Contraction des M. crico-thyreoideus sich concav ausbuchtet, gradlinig macht. So wirken der Crico-thyreoideus und der Crico-arytaenoideus internus zur Hervorbringung der zur Intonation nöthigen Gestalt und Spannung der Stimmlippen zusammen.

F. KLEMPERER.

100) **P. Schultz** und **Dorendorf** (Berlin). **Ueber die centripetale Leitung des Nervus recurrens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 217.*

Als Kriterium für die Anwesenheit centripetaler (sensibler) Fasern wählten die Verff. die Veränderung des Blutdruckes bei dessen graphischer Registrirung; die experimentelle Reizung centripetaler Fasern bringt eine Veränderung des

allgemeinen Blutdruckes hervor, und zwar normalerweise eine Drucksteigerung, unter gewissen Umständen aber auch eine Druckerniedrigung.

Auf Grund ihrer Versuchsresultate erklären die Verff. den Recurrens beim Kaninchen, bei der Katze und beim Affen für einen gemischten Nerv, der in seinem ganzen Verlaufe neben motorischen auch sensible Fasern enthält. Beim Hunde und bei der Ziege dagegen enthält der Recurrens nur in seinem obersten (peripherischen) Abschnitte sensible Fasern, die ihm durch den Ramus communicans vom Laryngeus superior zugeführt werden; der Recurrens besitzt in seinem obersten Abschnitt, wie Rethi sich ausdrückt, eine erborgte Sensibilität.

F. KLEMPERER

101) **W. G. Hult. Heterotopische Innervation.** *Neurol. Centralbl. XXIII. 23. S. 1085.*

Beschreibung eines Falles, bei dem mit phonatorischer Innervation des Kehlkopfes Thätigkeit der unteren Partie des Cucullaris verbunden ist.

J. KATZENSTEIN.

102) **Sinnhuber** (Berlin). **Klinisches und Experimentelles über doppelseitige Posticuslähmung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. Vereinsbeilage. 1904.*

Gelegentlich der Vorstellung eines Pat. mit doppelseitiger Posticuslähmung im Gefolge von multipler Sclerose berichtet Vortr. über Thierversuche. Er unterband bei Hunden die N. recurrentes mit in Terpentin getränkten Wollfäden um die zu den Postici ziehenden Nerven zuerst degeneriren zu lassen, dann durchschnitt er die Recurrentes in Höhe der Cart. cricoidea und in anderen Fällen entfernte er den M. posticus. Es gelang ihm nur an ganz jungen Hunden, das Bild der Medianstellung mit perversen Stimmbandbewegungen zu gewinnen. Ausserdem ist noch ein Unterschied in der Form solcher experimentell herbeigeführten und klinisch beobachteten Stellung der Stimmbänder, indem bei ersterer die Stimmbänder in einer Ebene liegen, bei letzterer dieselben mit dem freien Rande sich pulmonalwärts neigen. „Die experimentell erzeugten perversen Stimmbandbewegungen beruhen auf der unterhalb der Glottis entstehenden Luftverdünnung. Sie hören auf nach Tracheotomie und bleiben bestehen nach Durchschneidung der M. crico-thyreoidei, sterno- und hyothyreoidei und sterno-cleido-mastoidei.“ „Das klinische Bild der Medianstellung dauert nach Tracheotomie fort und ist auf active Muskelwirkung, die dem Crico-thyreoideus zufällt, zurückzuführen. Die Betheiligung dieses Muskels kommt wahrscheinlich dadurch zu Stande, dass die Athemreize auf dem Wege der Ansa Galeni reflectorisch den M. crico-thyreoideus erregen.“ „Die exspiratorische Erweiterung beruht auf einem Nachlassen der inspiratorischen Spannung des Crico-thyreoideus.“ Die eingehendere Arbeit, von der der Vortrag nur ein Referat ist, soll im Archiv für klinische Medicin (Bd. LXXIX) erscheinen.

ALBANUS (ZARNIKO).

103) **Alexander** (Berlin). **Ein Fall von Recurrenslähmung bei Mitralstenose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Nach näherem Eingehen auf die Literatur des interessanten Gegenstandes (bisher nur 4 Fälle beschrieben) berichtet Verf. über einen Fall bei einer 50jähr.

Patientin. Vor 23 Jahren Gelenkrheumatismus, Herzfehler. Vor 2 Jahren nochmals Gelenkrheumatismus. Danach stärkere Herzbeschwerden und zuerst Heiserkeit. Befund: Mitralstenose (Aortenaneurysma konnte ausgeschlossen werden), linksseitige Recurrenslähmung. Verf. hält es für möglich, dass die durch die Mitralstenose bedingten Veränderungen am Herzen durch Druck den Nervus recurrens functionsunfähig gemacht haben.

ALBANUS (ZARNIKO).

104) **Hill Hastings. Ein Fall von Recurrenslähmung. (A case of paralysis of the recurrent laryngeal nerve.)** *The Journal of the American Medical Association. 3. Juni 1905.*

Der Fall illustrirt die Bedeutung der Laryngoskopie für die Diagnose entfernter Erkrankungen. Die Entdeckung der Recurrenslähmung führte zur Erkennung eines vorher nicht diagnosticirten Aneurysmas des Aortenbogens. Man hatte vorher eine Lungenerkrankung angenommen. Radioskopie bestätigt die Diagnose.

EMIL MAYER.

105) **Broschniowski. Fall von traumatischer Verletzung des unteren Kehlkopfnerven. (Slutschai traumatitscheskawo powreshdenija nishnjkwo gortannawe nerva.)** *R. Wratsch. No. 14. 1905.*

Einem Feldwebel wurden zwei Wunden vermittelst eines Taschenmessers am Halse beigebracht. Die Wunden verheilten, aber er behielt eine gewisse Steifheit und Heiserkeit. Es erwies sich, dass die Stimmritze und der Kehlkopf nach rechts dislocirt waren. Das linke Stimmband unbeweglich. Die Paralyse führte man auf eine Verwundung und Narbenbildung zurück.

Nach einiger Zeit bildete sich hinten am Halse Fluctuation und Röthe. Beim Einschnitt unter Cocain plötzlicher Athemstillstand und nach einigen Stunden Tod.

Bei der Section fand man in der Tiefe der Wunde eine 9 cm lange Klinge, die von vorne nach hinten zwischen Speiseröhre und Wirbelsäule in die letztere bis zum Wirbelcanal vordrang, eine Blutung hier verursachte und dadurch den Tod hervorrief.

Der N. laryng. inf. war mit der Narbe verwachsen.

P. HELLAT.

106) **Boenninghaus. Kehlkopfneuritis. (Laryngeal neuritis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Januar 1905.*

Verf. bezeichnet unter diesem Namen eine mit Kehlkopfkatarrh verbundene schmerzhafte Affection des äusseren Halses. Sie ist charakterisirt durch die Anwesenheit zweier Schmerzpunkte: Einer liegt zwischen Zungenbein und Schildknorpel, der andere unmittelbar über der Clavicula dicht bei der Trachea; sie entsprachen der Durchtrittstelle eines Zweiges des N. laryngeus superior durch die Membrana thyreoidea und einem Zweige des N. laryngeus inferior. Der Katarrh ist wahrscheinlich der Ausgangspunkt für die Neuralgie; er tritt gegen die schmerzhafte äussere Affection ganz zurück. Massage des Halses und Behandlung des Katarrhs werden empfohlen.

LEFFERTS.

107) **Nikitin. Zur Frage der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (K woprosu o letscheni bugortschatki gertani.)** *Prak. Wratsch. No. 44—46. 1904.*

Eine kurze, objective Auseinandersetzung über unser Können, vor allen Dingen aber über unser Nichtkönnen gegenüber dieser Krankheit. P. HELLAT.

108) **Roepke** (Melsungen). **Das Tuberculin in der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Brauer's Beiträge zur Klinik d. Tuberculose. Bd. IV. H. 1. 1905.*

Roepke spricht sehr dem Tuberculin zur Behandlung der Kehlkopftuberculose das Wort, seine Anwendung kann im II. Stadium der Larynxtuberculose und selbst noch in den dem III. Stadium zuneigenden Fällen ohne alle Bedenken erfolgen, wenn Lungenbefund und Allgemeinzustand günstig sind. Einen solchen Fall hat R. anfangs 1903 in Behandlung genommen, nach Versagen der Anstalts- und Localtherapie mit Tuberculin geheilt und nach 2 Jahren noch als völlig geheilt geblieben constatirt. SEIFERT.

109) **W. B. G. Harland. Das Problem der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The problem of the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1905.*

In manchen Fällen haben sich die X-Strahlen als nützlich erwiesen. Verf. erwartet am meisten von einer Serumtherapie. LEFFERTS.

110) **Ottfried O. Fellner** (Wien). **Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren etc.** (Einige Bemerkungen zu Löhnberg's Aufsatz in No. 7 der Münchener med. Wochenschrift.) *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1905.*

Auf Grundlage von 18 einschlägigen Fällen kommt Autor — bezugnehmend auf den Fall Löhnberg's — zu dem Schlusse, dass man bei schweren Fällen von Larynxtuberkulose keinen künstlichen Abort einleiten solle, da die Mutter meist doch bald darauf zu Grunde gehe; vielmehr müsse man, da die Mutter doch verloren, wenigstens das Kind zu erhalten suchen. Anders verhalte es sich bei leichten oder beginnenden Fällen von Kehlkopfschwindsucht; hier sei die Indication für die Einleitung des Abortus gegeben, um das durch die zunehmende Schwangerschaft bedingte Fortschreiten der Larynxerkrankung zu verhüten.

HECHT.

111) **Sokolowsky** (Königsberg i. Pr.). **Larynxtuberculose und künstliche Unterbrechung der Gravidität.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. 1904.*

In der Gerber'schen Poliklinik wurden 2 Frauen an Larynxtuberculose behandelt, bei denen wegen des Kehlkopfbefundes in der Frauenklinik die Vornahme der Frühgeburt (VI. und VII. Monat) veranlasst wurde. Beide Frauen starben innerhalb 4 Wochen nach der Geburt; subjectiv hatten beide Frauen etwas Erleichterung nach der Entbindung, objectiv war, „wenigstens eine Verschlimmerung nicht nachzuweisen." Verf. schiebt die Misserfolge der zu späten künstlichen Entbindung zu, und präcisirt bei der sonstigen Machtlosigkeit der Therapie und absolut schlechten Prognose seinen Standpunkt dahin, bei graviden kehlkopftuberculösen Frauen möglichst frühzeitig die Frühgeburt resp. künstlichen Abort einzuleiten und bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberculose in

Behandlung kommt, eo ipso auf Gravidität zu fahnden, um ja nicht den richtigen Moment zur Einleitung des künstlichen Aborts zu versäumen.

ALBANUS (ZARNIKO).

112) **A. Kuttner** (Berlin). **Ist die Kehlkopftuberculose als Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?** (Vortrag, gehalten in der ersten Sitzung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft zu Heidelberg am 13. Juni 1905.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1905.*

Auf der Hamburger Naturforscher-Versammlung (1901) hat Kuttner über die Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose während der Schwangerschaft berichtet und besonders auf die ungünstige Prognose, die sich aus dieser Combination ergiebt, hingewiesen. In der Zwischenzeit sind, entsprechend einer Bitte des Vortragenden, zahlreiche einschlägige Fälle veröffentlicht worden, so dass nach kritischer Sichtung des vorliegenden Materials inclusive einer Reihe neuer, vom Vortragenden mitgetheilter Fälle jetzt ungefähr 100 derartige Beobachtungen vorliegen, die eine, wenn auch nicht vollkommen erschöpfende, so doch immerhin ziemlich ausreichende Beurtheilung der Sachlage ermöglichen.

Aus dem vorliegenden Material zieht Kuttner folgende Schlussfolgerungen:

1. Das Auftreten von Larynxtuberculose während der Schwangerschaft ist nicht sehr häufig. Frauen, die früher schon an Kehlkopftuberculose gelitten haben, sind auch nach einer Jahre lang dauernden Ausheilung besonders gefährdet. Ausnahmen kommen vor.

2. Der Eintritt einer Schwangerschaft bei bereits bestehender Larynxtuberculose ist relativ selten.

3. Erstgebärende werden ebenso von der Larynxtuberculose befallen, wie Mehrgebärende.

4. Die diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine ungemein schlechte Prognose für Mutter und Kind. Von ca. 100 Frauen kamen nur 7 mit dem Leben davon; von 66 Kindern, über die berichtet wurde, starben bald nach der Geburt 39 = 59—60 pCt.; weiter wird gemeldet: als lebend geboren, ohne weitere Nachricht, 13; 4 als krank oder schwächlich; nur 10 waren zur Zeit der Publication über ein Jahr alt.

5. Die in Form circumscripter Tumoren auftretende Larynxtuberculose giebt eine günstige Prognose (4 Fälle mitgetheilt, alle haben die Schwangerschaft gut überstanden).

6. Die Anwendung der üblichen Allgemeinbehandlung und der verschiedenen endolaryngealen Methoden, je nach Maassgabe des vorliegenden Falles, ist erforderlich. Ein entscheidender Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung kommt ihnen aber nur selten zu.

7. Die Tracheotomie ist immer bei ernster Dyspnoe auszuführen. Bei der Entbindung muss man immer auf sie vorbereitet sein. Ausserdem darf man nach den bisherigen Erfahrungen hoffen, dass die Tracheotomie auch eine gewisse curative Wirkung auszuüben im Stande sein dürfte; deshalb empfiehlt es sich, mit ihrer Ausführung in geeigneten Fällen (2. Hälfte der Schwangerschaft, bei günstigem Allgemeinbefinden) nicht allzu lange zu zögern.



8. Die ungünstige Prognose, welche die Larynxtuberculose während der Schwangerschaft für Mutter und Kind giebt, rechtfertigt im Princip die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

9. Die Rechtsgrundlage, auf der die deutschen Aerzte bei diesem Eingriff stehen, ist zwar keine absolut gesicherte. Zwar ist bei Innehaltung gewisser Vorsichtsmaassregeln eine rechtskräftige Bestrafung im gegebenen Falle nicht gerade wahrscheinlich, aber im Interesse der Aerzteschaft sind weitere Cautelen dringend erforderlich. Anmerkung dieser Forderung von maassgebender juristischer Seite.

10. In Bezug auf die sittlichen und socialen Forderungen in dieser Frage, hat der ärztliche Stand von jeher die Auffassung vertreten, dass das Leben des Fötus geopfert werden darf, wenn nur auf diese Weise das Leben der Mutter gerettet werden kann.

11. Die katholische Kirche verbietet die Opferung des Fötus, auch wenn diese den einzigen Weg zur Rettung der Mutter darstellt.

12. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vom juristischen und ethischen Standpunkte aus ist zulässig, wenn sich nach Lage der Dinge erwarten lässt, dass der Kranken hierdurch Leben und Leistungsfähigkeit auf längere Zeit wiedergegeben werden. Sie ist unzulässig, wenn durch sie das Leiden der Kranken nur gelindert oder nur ein kurzer Aufschub erzielt werden kann.

13. Die Einleitung des Abortes in der ersten Hälfte der Schwangerschaft giebt nach den bisherigen Erfahrungen in geeigneten Fällen eine günstige Prognose. (Von 6 Fällen 3 gerettet.)

14. Die Einleitung der Frühgeburt in der 2. Hälfte der Schwangerschaft hat nach den bisherigen Erfahrungen nur ungünstige Resultate ergeben.

Ref., der gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Löhnberg in Hamm (Westphalen) von der Deutschen laryngologischen Gesellschaft mit der weiteren Berichterstattung über diese Frage beauftragt worden ist, bittet die Herren Collegen um die gefällige Veröffentlichung oder Uebermittlung einschlägiger Fälle. (Adr.: Dr. A. Kuttner, Berlin W. 62., Lützow-Platz 6.)

AUTOREFERAT.

f. Schilddrüse.

113) **B. Henneberg. Beitrag zur Kenntniss der lateralen Schilddrüsenanlage.** *Anat. Hefte. Bd. 28. H. 1. S. 287.*

Bei Meerschweinchen, Kaninchen und Ratte bildet sich die laterale Anlage nicht zurück oder bleibt von der mittleren Anlage getrennt, sondern vereinigt sich mit der letzteren, entwickelt sich weiter und liefert einen Theil der definitiven Thyreoidea. Die Umformung in Schilddrüsengewebe erfolgt durch Einwucherung von Bindegewebe und Capillaren, wodurch die ursprüngliche dichtere Masse zerklüftet wird, was zur Bildung von Läppchen und Strängen, und schliesslich zu der von Follikeln führt, in denen sich, wie in den aus der Thyroid. med. hervorgegangenen Colloid bildet.

J. KATZENSTEIN.

114) **Willy Meyer. Morbus Basedow mit Antithyreoidin behandelt. (Exophthalmic goitre treated with Antithyreoidin.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1905.*

M. stellt einen 40jährigen Mann vor, den er mit einer Glycerin-Schilddrüsen-

emulsion innerlich und subcutan behandelt hat. Nach 6 Monaten hatte Patient seinen Tremor verloren; seine Pulsfrequenz betrug 96; er konnte seine Arbeit wieder aufnehmen.

In der Discussion sagt Rogers, dass seine Beobachtungen während der letzten 5 Jahre ihm gezeigt haben, dass diese Besserungen nur vorübergehend sind.

LEFFERTS.

115) **J. M. Marshall. Die Gerüstsubstanz der Parathyreoidea. (The framework of the Glandul. parathyr.)** *Amer. Journ. of Anat. Vol. 4. p. 77. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

116) **W. G. Mc. Callum** und **C. F. Davidson. Weitere Bemerkungen über die Function der Parathyreoiddrüsen. (Further notes on the function of the Parathyreoid glands.)** *N. Y. Medical News. 8. April 1905.*

Verff. berichten über eine grosse Anzahl von Experimenten, die sie an Thieren gemacht haben. Sie kommen zu folgendem Schluss: „Wenn auch die von Lusena und anderen in der Literatur berichteten Fälle zeigen, dass der Verlauf nach Exstirpation von Thyreoidea und Parathyreoidea ein milderer ist, als nach Entfernung der Parathyreoidea allein, so kann das nicht als allgemeine Regel gelten, denn in der Hälfte unserer Fälle waren die Symptome von der grössten Schwere. Auch können wir Lusena's Behauptung nicht bestätigen, dass eine nachfolgende Thyreodectomie die Tetanie zum Stillstand bringt, denn in 4 von 6 Fällen hatte sie gar keinen Effect und die Versuchsthiere starben unter schwerster Tetanie. Wir betrachten die Tetanie daher nicht als Resultat einer Störung der Schilddrüsenfunction in Folge Wegfalls des Einflusses der Parathyreoida, sondern als directe Folge des Fortfalls der Function der Parathyreoidea, besonders seitdem es gelingt, durch Injection von Parathyreoideaemulsion bei Fehlen der Thyreoidea Heilung herbeizuführen."

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

117) **N. Eisendrath. Oesophagusstrictur. (Stricture of the esophagus.)** *N. Y. Medical News. 15. April 1905.*

Seit einem Jahre bestanden bei dem Patienten Schluckschwierigkeiten und Regurgitation von Speisen. Es wurde eine Gastrotomie mit anscheinend gutem Erfolg gemacht. Eine Speiseröhrenbougie stiess in der Höhe der Stelle, wo der Processus ensiformis an das Manubrium sich ansetzt, auf ein Hinderniss. Der Patient bekam eine grosse Dosis Wismuth ein; mittels der Radiographie sah man dann die Obstruction und zu ihrer Linken den Tumor.

LEFFERTS.

118) **J. C. Morfit Oesophagusstrictur. (Oesophagus stricture.)** *Interstate Medical Journal. Februar 1905.*

Im ersten Fall handelt es sich um ein 2 Jahre altes Kind, das eine Lauge getrunken hatte. Es erfolgte Heilung durch Bougiebehandlung. Im zweiten Fall handelte es sich gleichfalls um eine Laugenverätzung. Es wurde Gastrotomie gemacht. Patient starb am 21. Tage. Man fand bei der Autopsie dicht über der

Cardia eine Verengung, die nicht den kleinen Finger durchliess. Todesursache: Lungenabscess und Pneumonie. EMIL MAYER.

119) **Rivière** (Lyon). **Ein Fall von Narbenstricturen des Oesophagus. (Un cas de retricissements cicatriciels de l'oesophage.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 16. November 1904.*

Es handelte sich um eine Verätzung in Folge Trinkens einer Kalilauge enthaltenden Flüssigkeit. Pat. kann keine festen Speisen schlucken. Erhebliche Abmagerung. Der Catheterismus zeigt verschiedene Verengerungen ohne secundäre Divertikelbildung. Es wurde die allmälige Dilatation vorgenommen; augenblicklich passirt eine Sonde No. 27 (Chassière) und Pat. kann wieder feste Speisen essen. PAUL RAUGÉ.

120) **Strauss** (Berlin). **Ueber röhrenförmige Ausstossung der Speiseröhrenschleimhaut und stenosirende Pylorus-Hypertrophie nach Salzsäurevergiftung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1904.*

Ein 42jähriger Mann trank 25 ccm rauchende Salpetersäure. Spülung des Magens mit Seifenwasser. Pharynx, Tonsillen, Gaumenbögen, Uvula roth. Hämorrhagisches Oedem. Am 9. Krankheitstage würgte Pat. Abends eine bräunliche, trübe, in schleimiges Material eingebettete, schlauchförmige Masse — von 23 cm Länge — aus, die sich bei genauer Betrachtung als eine röhrenförmige Ausstossung des Oesophagus ergab. Sondirung ergab im weiteren Verlauf eine Verengerung in der Gegend der Cardia. Hierdurch schlechte Nahrungszufuhr, schliesslich Exitus. Section: Es fehlte Schleimhaut und Epithel von der Cardia bis 20 cm oberhalb derselben; Verengerung an der Cardia.

Mittheilung eines ähnlichen Falles, den Orth in Göttingen beobachtete. Der betreffende Pat. starb an den Folgen eines periösophagealen Abscesses. Ferner ein Fall von Oesophagitis dissecans superficialis, bei dem Lamellen, nur aus Epithelschicht des Oesophagus bestehend, ausgewürgt wurden.

ALBANUS (ZARNIKO).

121) **Schütze** (Berlin). **Demonstration einer Oesophagee-Trachealfistel.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1904.*

Pat. hat seit 2 Jahren Husten, Athemnoth, Auswurf. Er machte plötzlich die Bemerkung, dass Speisen nicht recht geschluckt wurden. Seitdem starke Hustenanfälle bei der Nahrungsaufnahme. Ein in den Oesophagus vorgeschobener Schlauch hört Athemgeräusch. Mit Oesophagoskop konnte beobachtet werden, wie an der Perforationsstelle Schleim in Blasen hervorgetrieben wurde. Methylenblaulösung, die geschluckt wird, zeigt sich wieder „in Gestalt eines blau gefärbten, schaumigen Sputums". Das Röntgenbild weist einen Schatten auf. Vermuthliche Diagnose: In die Trachea perforirtes Oesophagus-Carcinom. Zunächst noch therapeutischer Versuch mit Jod. (? Gummi.) ALBANUS (ZARNIKO).

122) **H. Ribbert. Die Tractionsdivertikel des Oesophagus.** *Virchow's Archiv. [17] VIII. 3. S. 351.*

R. führt die Entstehung der Tractionsdivertikel des Oesophagus auf eine

Entwicklungsstörung zurück: zwischen Trachea und Oesophagus bleibt ein Bindegewebszug erhalten. Da die so nicht überall normale Wand des Oesophagus in ihrem Muskellager Defecte zeigt, so muss ein dieser Stelle einsetzender Zug bei Verschiebung derselben zu einer Ausbuchtung, d. i. Divertikelbildung führen. — Auch die Pulsationsdivertikel können auf Entwickelungsstörungen zurückgeführt werden; dieselben entstehen, wenn nur eine Unterbrechung der Muskulatur besteht.

J. KATZENSTEIN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Mai 1905.

Hirschmann zeigt einen Gummiobturator, dessen Anwesenheit und Lage in der Oberkieferhöhle einer Patientin er endoskopisch festgestellt und den er durch den alveolaren Bohrcanal mittelst eines Hakens aus derselben entfernt hat.

E. Meyer: Ueber Erfahrungen mit den directen Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege.

Auf Grund einer reichen Casuistik berichtet M. über seine diesbezüglichen Erfahrungen an der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke.

Die Autoskopie stellt eine Bereicherung unseres diagnostischen und therapeutischen Könnens bei Kindern und bei Erkrankungen der hinteren Larynxwand dar. Bei Kindern und solchen Patienten, bei denen die Zunge sich aufbäumt, ist der Röhrenspatel dem flachen vorzuziehen. 8 Kinder wurden auf autoskopischem Wege von ihren multiplen Papillomen befreit. Einem 8 Monate alten Kinde wurde eine die vordere Hälfte der Glottis verschliessende Membran im Röhrenspeculum gespalten. Bei einem zweiten Kinde wurde derselbe Eingriff vorgenommen; da aber trotz Dilatation eine Wiederverwachsung eintrat, musste die Membran nach der Laryngofissur excidirt werden. Einem erwachsenen Patienten wurde ein Epiglottisfibrom autoskopisch entfernt.

Die tracheoskopische Autoskopie ist der Spiegelmethode nicht wesentlich überlegen, wenngleich sie diese häufig ergänzt. Eine Narkose ist gewöhnlich überflüssig, meist genügt die Cocainanästhesie. Contraindicirt ist sie bei Aortenaneurysma und malignen Tumoren. Die Bronchoskopie erfordert Chloroformnarkose und Lagerung der Patienten mit hängendem Kopfe.

Zur Dilatation der Trachea hat M. einen neuen Tubus construirt, indem er einen O'Dwyer'schen Tubus mit einer beweglichen Verlängerung versehen liess.

Die Bronchoskopie hat er zwei Mal ausgeführt; in dem ersten in der vorigen Sitzung schon besprochenen Fall hat er einen Wattebausch aus dem Bronchus extrahirt; in dem zweiten fibrinöse Belege aus Luftröhre und Bronchien entfernt.

Senator hat bei M. Schmidt einen Fall gesehen, in dem eine Tuchnadel aspirirt worden war und nach dem Röntgenbilde in einem Bronchus III. Ordnung

lag. Am nächsten Tage war sie dort nicht mehr zu entdecken, sie war bei einem Hustenanfall in den Mund gerathen und dann verschluckt worden. Sie ging nach einigen Tagen per anum ab.

Katzenstein macht auf die wissenschaftliche Bedeutung der Bronchoskopie aufmerksam, die sie durch die Untersuchungen von Loewy und v. Schrötter bezüglich der Bestimmung der Blutmenge erfahren hat.

Katzenstein: Ueber ein neues Hirnrindenfeld und einen neuen Reflex des Kehlkopfes.

K. konnte durch unipolare Elektrodenreizung des Krause'schen Kehlkopfbewegungscentrums das Masini'sche Resultat einer einseitigen Stimmbandbewegung bestätigen; ebenso erzielte er einseitige Bewegung durch Reizung der II. Windung. Wenn man die Kehlkopfschleimhaut nur einseitig berührt, so tritt auch nur das eine Stimmband in Adduction. Der Reflex hört auf, wenn der innere Ast des N. laryng. sup. durchschnitten ist. Auch beim Menschen kann man nach Herabsetzung der Sensibilität einen einseitigen Reflex auslösen.

Sitzung vom 2. Juni 1905.

A. Rosenberg zeigt ein durch Totalexstirpation gewonnenes Präparat eines Larynxcarcinoms.

Im August v. J. fand sich eine carcinomatöse Infiltration des hinteren Theils des rechten schwer beweglichen Stimmbandes. Patient wollte sich nicht operiren lassen, blieb aus der Behandlung und kam April d. J. wieder. Jetzt zeigte sich eine tiefe Infiltration der ganzen rechten Larynxhälfte, die vollkommen starr und unbeweglich war; das rechte Stimmband war in Cadaverstellung fixirt, das linke war im vorderen Theil roth und verdickt und zeigte daselbst an seiner unteren Fläche einen kleinen weissen Zapfen. Deshalb wurde die Totalexstirpation vorgenommen, die das Präparat rechtfertigt, denn auch die linke Seite zeigt und zwar in viel grösserem Umfange, als die laryngoskopische Untersuchung annehmen liess, eine carcinomatöse Infiltration des Stimmbandes und der subglottischen Region.

Gluck räth bei der Totalexstirpation den Defect im Pharynx sorgfältig zu nähen, die Wunde durch eine Etagennaht zu verschliessen und dann den Hautlappen zu nähen. Man erreicht so in den meisten Fällen eine prima intentio in 12—16 Tagen; dann kann man Canüle und Schlundrohr entfernen.

A. Rosenberg demonstrirt eine 30jährige Patientin mit Lupus der Nase insbesondere des Septums, während die äussere Haut kaum befallen ist, und des Larynx. Die Epiglottis ist in einen blassrothen, leicht höckerigen, weichen grossen Tumor verwandelt, der in dem dem freien Rande entsprechenden Theil etwa die acht- zehnfache Dicke des Kehldeckels aufweist. Die rechte aryepiglottische Falte ist erheblich verdickt und mit lupösen Knötchen besetzt, ebenso das linke Taschenband; Stimmbänder intact.

Sturmann zeigt das Präparat eines Larynxcarcinoms, das auf die äussere Haut herausgewachsen ist.

Ritter präsentirt eine aseptische gläserne Kehlkopfspritze.

Alexander zeigt ein mikroskopisches Ausstrichpräparat, welches von einem Falle von Angina Vincenti stammt; es zeigt Spirochäten und fusiforme Bacillen in aussergewöhnlich grosser Menge. Der aus einer geschwollenen Halslymphdrüse durch Punction gewonnene Drüsensaft war frei von diesen Gebilden. A. betont dies unter Hinweis auf die jüngst von Schaudinn und Hoffmann bei Syphilis entdeckten anders geformten und schwer färbbaren Spirochäten, welche gerade in dem durch Punction gewonnenen Safte des dem Primäraffect benachbarten Bubo zu finden waren.

Schötz hält den Befund von Spirochäten und fusiformen Bacillen nicht für charakteristisch für Angina Vincenti; vielmehr hat er einen derartigen Befund in zwei Fällen von Syphilis erheben können.

B. Fränkel macht darauf aufmerksam, dass die secundäre Syphilis unter dem Bilde einer acuten Angina einsetzen kann.

Alexander bestätigt die Beobachtung von Schötz; in einem Falle, in dem man Spirochäten und fusiforme Bacillen nachweisen konnte, trat Heilung erst nach Darreichung von Jodkali ein.

A. Wolff: Heufieber und seine Serumbehandlung.

Es giebt verschieden schwere Formen des Heufiebers, bei denen das Serum verschiedene Wirksamkeit zeigt; die Krankheit hat im Allgemeinen die Neigung zur Progredienz.

Die Aetiologie ist nicht völlig einheitlich, wofür der verschiedene Beginn und das verschiedene Aufhören der Erkrankung bei verschiedenen Patienten spricht; zuerst scheint die Empfindlichkeit für Gramineenpollen vorhanden zu sein.

Das „Pollantoxin" Dunbar's ist eine eiweissartige Substanz. Nach W.'s Versuchen haben die Eiweissgifte ganz allgemein die Eigenschaften, dass nach ihrer Injection keine Immunität und Antitoxinbildung eintritt, aber eine zunehmende Empfindlichkeit; so ist es auch mit dem Pollantoxin. Räthselhaft ist noch, warum die Pollen beim Gesunden nicht gelöst werden und bei ihm eine wachsende Empfindlichkeit gegenüber dem Pollengift eintritt.

Der Heufieberkranke zeigt ein für das Pollengift empfindliches Nervensystem; es ist unverständlich, warum das in Lösung übergeführte Gift nicht auch beim Gesunden Erscheinungen auslöst. Man muss entweder ein im Organismus des Heufieberkranken vorhandenes Ferment oder eine Unempfindlichkeit des normalen Nervensystems annehmen.

Das im Antitoxin enthaltene Serum soll nur gegen die Pollen von Gramineen, Solidagineen u. s. w. schützen; es spricht dies schon gegen eine Antitoxinnatur des Dunbar'schen Serums, da die Eiweisstoxinkörper streng specifische arteigene Immunkörper enthalten. Das Dunbar'sche Toxin folgt weiterhin nicht dem Gesetz der Multipla und es giebt ferner ein Maximum der Serumwirkung, das nicht abhängt von der Art des verwandten Giftes, sondern von der Individualität und der Empfindlichkeit der Patienten gegen das Heufiebergift.

In einer Reihe von Fällen äussert das Pollantin ungünstige Wirkungen und bei anderen wirkt es anfangs günstig und später ungünstig.

Bei der Wirkung des Pollantin auf Gesunde erzeugt der Milchzuckergehalt auf der Conjunctiva eine in einigen Minuten vorübergehende Reizung. Die Heufieberkranken werden durch das Pollantin z. Th. gebessert, sei es momentan, sei es für längere Zeit; bei einem anderen Theil ist das anfangs wirksame Serum später unwirksam, bei anderen bleibt es wirkungslos oder macht eine Verschlimmerung. Das Asthma ist bisher in keinem Falle günstig beeinflusst worden.

Die Pollantinwirkung ist keine Antitoxinwirkung, sondern eine vom Serum ausgeübte Wirkung eines colloidalen Körpers in Analogie mit der Wirkung der Antipräcipitine, Antihämolysine u. s. w. Dafür sprechen auch die von W. gemachten analogen Beobachtungen mit dem Weichard'schen Graminol, das keine specifischen Antikörper enthält, sondern nur eine Serumwirkung entfaltet, bei der die Schutzkörper eventuell concentrirt sind.

Zur Unterstützung der Serumtherapie empfiehlt sich die Anwendung von Adrenalin-Cocaingemischen; der Mohr'sche Nasenschützer ist gewöhnlich nicht ausreichend, aber ein werthvolles Unterstützungsmittel. Man kann vom Serum nur eine Heilung leichter, Linderung mittlerer und Abkürznng der Beschwerden schwerer Fälle erwarten. Die Art der Serumanwendung muss für jeden einzelnen Fall ausprobirt werden.

Sitzung vom 30. Juni 1905.

Senator demonstrirt 1. eine Patientin mit einem älteren Lupus der Nase und beginnendem Lupus der Mundschleimhaut und der Oberlippe, 2. einen Fall von Tuberculose des Zahnfleisches, des harten Gaumens, die man, da andere Organe wenig Abweichungen von der Norm zeigen und das Allgemeinbefinden gut ist, vielleicht als primär ansehen könnte.

Börger zeigt einen Holzsplitter, der einem 4jährigen Knaben beim Spielen in die Nase gestossen war und einige Tage später entfernt wurde. Pat. zeigte rechte Facialislähmung, konnte den Mund nicht öffnen, nicht schlucken, leichter Opisthotonus — also Tetanus. Aus dem Secret der missfarbigen Septumwunde konnten keine Tetanusbacillen gezüchtet werden, dagegen aus der dem Holzstückchen anhaftenden Masse.

Barth sah bei Verletzungen durch Platzpatronen mehrmals Tetanusintoxication (durch das bei ihrer Herstellung verwendete Papier).

Benda demonstrirt mehrere Präparate von Verengerung der Trachea und Bronchien. An dem einen zeigte die Luftröhre an der Stelle der Bifurcation einen ringförmigen Wulst, der sich mikroskopisch als Keloid erwies; sonstige syphilitische Zeichen fehlten zwar, aber doch ist wohl Syphilis als Ursache anzunehmen. B. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber andersartigen Verengerungen und zeigt entsprechende Präparate, so eins mit anthrakotischen Drüsen mit Perforation, ein anderes, bei dem ein festgekeilter Fremdkörper eine chronische Entzündung hervorgerufen hatte.

Finder hat den ersterwähnten Fall bei Lebzeiten, März d. J., in der Universitäts-Poliklinik gesehen und in der Tiefe der Trachea einen ringförmigen Tumor constatiren können. Man rieth ihm zur Anlegung einer Lungenfistel.

Meyer hatte von der Bronchoskopie dieses Falles abgesehen, da die Röntgenuntersuchung im Brustraum einen Schatten nachwies, der die Möglichkeit eines Aneurysma zuliess.

Kuttner hat den Pat. ebenfalls bei Lebzeiten gesehen, stand ebenfalls von der Bronchoskopie ab, weil die linke Trachealwand sehr stark pulsirte, in der Tiefe bemerkte man kleine höckrige das Tracheallumen umgebende Massen.

B. Fränkel macht darauf aufmerksam, dass das Röntgenbild in Fällen von Pigmentinduration leicht zu Verwechslung mit Aneurysma Anlass geben kann.

Discussion über den Wolff'schen Vortrag: Heufieber und seine Serumbehandlung.

Heymann fand bei 64 Heufieberkranken keine specifischen Veränderungen in der Nase und verspricht sich auch von rhinologischen Maassnahmen keinen Erfolg; aber stenosirte Nasen soll man frei machen, da ja die Beschwerden auch für die Zukunft erleichtert werden.

Herzfeld. Bei den Heufieberattacken dürften die Nebenhöhlen viel häufiger betheiligt sein. Die Wirkung des Pollantins ist anfangs eine ganz günstige in Bezug auf die Nasen- und Augensymptome — nicht auf das Asthma — sie hört aber bald auf. Auch die übrigen Maassnahmen sind nicht ohne Einfluss auf das Befinden: vielleicht erzielt man einen Erfolg durch Abstumpfung der Nasenschleimhaut.

Kuttner sah im Ganzen eine günstige Wirkung des Pollantin, die er für eine specifische hält. Die Nasenbehandlung hat eine untergeordnete Bedeutung, wirkt aber durch Correctur schwerer Nasenveränderungen günstig.

A. Rosenberg sah nicht bloss in mehreren leichten, sondern auch in einem schweren eine ausgezeichnete Wirkung vom Pollantin.

Herzfeld. Es ist, da es in schweren Fällen nichts nutzt, kein Specificum; auch ist das Toxin nicht immer bei Heufieberkranken wirksam.

Wolff. Auf natives, nicht mehrfach gefälltes Pollengift reagiren alle Heufieberkranken. Rhinologische Operationen erreichen im Grossen und Ganzen nichts, sie schwächen eventuell manche Erscheinung ab, haben aber auf den Gang des Leidens keinen Einfluss. Das Pollantin hat keine specifische Wirkung und ist kein Antitoxin. Nichtsdestoweniger ist es bei der Behandlung des Heufiebers nicht zu entbehren.

A. Rosenberg.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XII. Jahresversammlung am 23. und 24. April 1904 in Amsterdam.

Ausführlicher Sitzungsbericht in Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1904, No. 11.

Vorsitzender: Moll.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren: Guye (Vorsitzender), Moll (Schatzmeister) und Burger (Secretär-Bibliothekar, Weteringschans 72, Amsterdam).

I. P. Ph. L. Kan (Leiden): Eine Reihe Blutungen nach Adenotomie und Tonsillotomie.

Drei Fälle von Blutung nach Tonsillotomie und drei nach Adenotomie, sämmtlich mit glücklichem Ausgange. Von den letzteren trat die eine unmittelbar, die andere resp. 2 und 6 Tage p. o. auf.

II. H. J. L. Struycken (Breda): Otologische Demonstrationen.

III. H. Zwaardemaker (Utrecht): Vergleichung von Nasen- und Mundathmung.

Curven von Bewegungen der Athmungsorgane und der darin auftretenden Luftströmungen. Z. unterscheidet im ganzen Athmungsapparat drei durch enge Oeffnungen communicirende Räume. Die zwei vorderen werden als schädliche Räume vorgeführt. Der nasopharyngeale Raum wird auf 90 ccm, der laryngo-tracheo-bronchiale auf 100 ccm, der alveoläre Raum auf 2400 ccm veranschlagt. Die Weite der Verbindungsöffnungen beträgt (mittelst der Luftbrücke bestimmt): das reducirte Areal der Nasenhöhlen 0,8 cm^2, das reducirte Areal der Glottis 0,5 cm^2, dasjenige der ersten Nebenbronchien 4,4 cm^2.

Von sonstigen Versuchsresultaten seien erwähnt: maximale Geschwindigkeit des Expirationsstromes in der Trachea im Durchschnitt 1,2 m pro Sec., des Inspirationsstromes 1,6 m.

Feuchte warme Luft erweitert die oberen Luftwege und beschleunigt die Ausströmungsgeschwindigkeiten.

Die Geschwindigkeitscurve des Athmungsstromes ist keine wiegende, sondern scharfeckige Zickzacklinie; sie bietet indessen grosse individuelle Variationen.

Der Mittelwerth des Athemvolumen beträgt bei 0° und 760 mm Hg. 503 ccm. Dasselbe ist bei oronasaler Athmung grösser als bei bloss nasaler.

Der Vortheil der nasalen Athmung kann also nicht die Möglichkeit grösserer Luftverschiebung sein. Dieselbe ist im Gegentheil bei normaler Athmung noch grösser. Derselbe mag klinisch der bessere Schutz gegen Temperatur, Staub, Mikroben sein. Mechanisch sichert die nasale Athmung eine axiale Strömung in sämmtlichen drei Luftkammern. Um den axialen Strom herum ist die Luft in Ruhe oder wird bloss von gewissen Wirbeln bewegt.

Discussion:

Posthumus Meyjes fragt, wie man controlirt, ob durch Nase oder Mund geathmet wird.

Zwaardemaker antwortet, dass Mund- und Nasenathmung mittelst der Luftbrücke verglichen wurden. Die Vertheilung der Luft über Mund und Nase zeigte sich sehr veränderlich. Bei normalen Personen wurde in liegender Haltung ungefähr gleicher Durchgang gefunden.

van Leyden wundert sich, dass in warmer Luft die Nase geräumiger wurde. Wie reimt sich damit die Beklemmung, die man in einem Treibhause empfindet?

Zwaardemaker antwortet, dass die von Gevers Leuven festgestellte Thatsache nicht nur am Menschen, sondern auch am Kaninchen gefunden wurde.

Burger stimmt nicht zu, dass man aus diesen Versuchen schliessen könnte,

dass die Bedeutung der Nasenathmung nicht darin besteht, mehr Luft zuzuführen. Die willkürliche Mundathmung im Laboratorium lässt sich mit der pathologischen Mundathmung der Adenoidkranken nicht identificiren. Zweifellos kann man willkürlich durch den Mund ein ganz grosses Luftquantum inspiriren. Eine ganz andere Sache ist es, ob bei Nasenverstopfung auf die Dauer der Mundweg genügenden Raum bietet. Dagegen sprechen klinische Thatsachen, auch das Schnarchen.

Zwaardemaker erwidert, dass bei den normalen Versuchspersonen ruhige Mundathmung gleichwohl den Bedürfnissen genügte, wie ruhige Nasenathmung. Gewiss ist es möglich, dass im Schlaf bei rückwärts gesunkener Zungenbasis der Zustand sich ändert. Das ist durch diese Versuche nicht zu entscheiden.

Struycken fragt, weil Vortr. vor zu starker Nasenerweiterung gewarnt hat, welches Maass als normal zu betrachten sei. Zweifellos ist bei Asthma etc. eine sehr geräumige Nase besonders angenehm.

Zwaardemaker antwortet, dass Gevers Leuven ein Areal von 30 mm^2 für jede Nasenhälfte bei 33 normalen Personen gefunden hat.

Burger betont, dass die Versuche deshalb die pathologischen Verhältnisse nicht nachahmen, weil hier der Gaumen willkürlich, aber in unbekanntem Maasse hinaufgezogen wird. Dann bekommt man kein Bild der Stenose, welche bei Adenoidkranken gerade an der Stelle des weichen Gaumens besteht.

Zwaardemaker stimmt dieser Bemerkung zu, möchte dieselbe indessen nicht zu schwer in die Waage fallen lassen. Man kann längere Zeit ohne jegliche Beschwerde ruhig durch den Mund athmen. Er vermag in pathologischen Fällen diese Versuche nicht anzuerkennen.

IV. J. E. Grevers (Amsterdam): Ueber die Entwicklung des Gesichtsschädels und der Mundhöhle bei adenoiden Vegetationen.

Demonstration zahlreicher Projectionsbilder von Adenoid-Schädeln. Wiedergabe der Resultate zahlreicher Schädel-, Nasen-, Rachen- und Mund-Messungen. G. sucht die Ursache der adenoiden Gaumenform in durch die Zunge ausgeübten Druck.

Struycken bemerkt, dass in der geschlossenen Mundhöhle negativer Druck besteht.

Grevers erwidert, dass die Masse der Zunge bei geschlossenem Munde das Wachsthum des Oberkiefers bestimmt und dass der seitliche Druck der Zunge hier von Wichtigkeit ist.

V. H. Zwaardemaker: Die absolute Intensität der menschlichen Stimme.

Bei einer Sängerin, die durch das Aërodromometer sang, betrug die Menge der verbrauchten Luft für das „Wilhelmus van Nassoven" 33 ccm, für ein Staccato 50 ccm pro Sec. Dies bedeutet für das „Wilhelmus" einen Energieverbrauch von 0,45 Megaerg, für das Staccato 0,98 pro Sec.

Discussion:

Struycker, Zwaardemaker.

V. F. H. Quix (Utrecht): Sprachgehör.

VII. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): A. Die Wirkung der Radium-Bestrahlung.

Vorläufige Mittheilung. Bei Nasenlupus wurde in leichten Fällen Besserung erhalten; bei Ozaena war der vorläufige Erfolg gering.

Discussion:

Delsaux räth, der Bestrahlung Adrenalin-Application vorauszuschicken, wodurch die Wirksamkeit des Radium gesteigert wird. In 2 Fällen von Larynxcarcinom bekam er bedeutende Besserung; in einem Fall von Carcinom der äusseren Nase vollständige Heilung nach 10 Sitzungen von 5—10 Minuten.

Brat theilt die Erfahrung eines Collegen mit, der bei Lupus nur geringen, bei Krebs dahingegen guten Erfolg der Behandlung erlebte.

B. Syphilis der Trachea.

Ein Fall von subchordaler tertiärer, kreisförmiger, luetischer Infiltration. Nach vergeblicher Behandlung mit Schrötter'schen Bougies, Tracheotomie. Heilung ohne Narbenstenose unter specifischer Behandlung.

Discussion:

Brat empfiehlt die Bleyer'schen Dilatationsröhren.

Muyderman theilt einen ähnlichen Krankheitsfall mit.

VIII. P. J. Zaalberg (Amsterdam): Resultate der Paraffin-Behandlung bei Ozaena.

Z. verwendet für submucöse Injectionen Paraffin von 48° Schmelzpunkt. Er spritzt sowohl in die untere wie in die mittlere Muschel ein. Von Septum-Einspritzungen sah er keinen Erfolg. Die reactiven Erscheinungen sind sehr gering. Von 60 behandelten Patienten sind 20 geheilt, 35 sehr viel gebessert, 5 stationär geblieben.

IX. H. Burger (Amsterdam). Paraffinbehandlung der Ozaena.

B. hat 6 Fälle von vorgeschrittener Ozaena behandelt. Die Technik ist in diesen Fällen schwierig; die Einspritzung misslingt oft. Die wohlgelungenen Einspritzungen waren oft von bedeutenden und unangenehmen reactiven Erscheinungen gefolgt. Die Resultate waren sämmtlich wenig zufriedenstellend. Heilung oder auch Besserung hat B. in keinem einzigen Falle zu verzeichnen. Er spritzt nach Broeckaert Paraffin von 45° Schmelzpunkt bei 55° ein. Nebenhöhlenaffectionen waren vollständig ausgeschlossen.

Discussion:

Broeckaert unterscheidet 3 Grade von Ozaena. In dem leichtesten wurde immer Heilung erreicht; in dem mittleren immer subjective Besserung; in dem schweren Grade ist die Einspritzung nützlos, ja unter Umständen gefährlich. In 5 pCt. seiner Fälle trat eine secundäre Thrombophlebitis Venae facialis auf. Man soll nie vieles Paraffin auf einmal und nie unter hohem Druck einspritzen.

Struycken hat durch Einspritzung täglich nur 1 Tropfen kalten, gewöhnlichen Vaselins ohne jeden Schaden in 10—20 pCt. der Fälle Heilung erhalten.

Moll hat nur wenige Fälle behandelt, ein Mal aber Genesung erreicht mit 4 Einspritzungen.

X. Zwaardemaker. Die Stotterfrequenz in Niederland.

Z. plädirt die Ernennung einer Commission zur Vornahme einer Enquête nach der Frequenz des Stotterns in den Niederlanden.

Der Antrag wird angenommen nnd die Commission ernannt.

XI. J. L. Struycken: Angiom der Ohrmuschel.

XII. F. H. Quix: A. Pathologische Anatomie des Labyrinthes.

B. Demonstration von Tanzmäusen.

XIII. P. J. Zaalberg: A. Ein Fall von Struma vasculosa.

Ein Fall, der das typische Bild des Morbus Basedowi bietet.

Discussion:

Pel warnt vor Behandlung des Morbus Basedowi mit Thyreoidpräparaten.

Kan theilt einen Fall mit, bei welchem der Sympathicus auf der linken Halsseite total exstirpirt wurde, mit der Folge, dass der Exophthalmus auf dieser Seite fast ganz verschwunden und der linke Radialis nicht mehr zu fühlen ist.

B. Otogene Sinusthrombose und Extraduralabscess.

XIV. P. K. Pel (Amsterdam): Die Diagnose von Aneurysmen der Aorta.

Demonstration des Oliver-Carduelli'schen Symptomes.

XV. H. Burger (Amsterdam): A. Demonstration eines Falles von radical operirtem Kehlkopfkrebs.

Der Pat. ist $3^1/_2$ Jahre nach der Larynxexstirpation ohne Recidiv. Keine Verbindung zwischen Trachea und Rachen. Athmung ohne Canüle.

B. Demonstration eines Falles von doppelseitigem Frontalempyem, operirt nach Kuhnt.

Der Pat. ist beschwerdenfrei und geheilt.

XVI. J. C. Henkes (Amsterdam): Ein Fall von otitischem Extraduralabscess.

XVII. H. van Awcooy (Rotterdam): Ein Fall von Larynxcarcinom.

24 Stunden nach der Tracheotomie plötzlicher Tod.

Discussion:

Posthumus Meyjes schreibt anlässlich zweier Fälle von plötzlichem Tod nach der im letzten Stadium der Phthise gemachten Tracheotomie, den Exitus auf Rechnung von Shock.

Pel macht verschiedene Momente verantwortlich: den schlechten Zustand des Herzens und der Gefässe in Folge von Carcinomkachexie und das Chloroform.

Brat erwähnt den schlechten Einfluss, den die Stenose an sich auf das Herz ausübt.

XVII. P. Ph. L. Kan (Leiden): A. Otitische Sinusthrombose.

B. Ein seltener Tumor (Teratom) des Epipharynx.

Bohnenförmige Geschwulst, 2 cm lang, 1,5 cm breit, 1 cm dick, aus dem Munde eines 13 Wochen alten Kindes entfernt. Mikroskopisch waren im Tumor

Bindegewebe, Fettgewebe, Blutgefässe, glattes Muskelgewebe, zwei kleine Knochen und ein Knorpelstück und oberflächlich verhorntes mehrschichtiges Plattenepithel nachweisbar.

XIX. W. Posthumus Meyjes: Pharynxpolyp (Teratom) bei einem Säugling.

Bei einem neugeborenen Kinde hängt an einem schmalen Stiel eine mit behaarter Haut bekleidete 8 cm lange Geschwulst zum Munde heraus. Nach Abtragung mittelst Scheere und mikroskopischer Untersuchung finden sich, ausser den Elementen der Haut und des subcutanen Bindegewebes, hauptsächlich Fettgewebe um eine knorpelige Axe herum. Der Stiel enthält auch Knochen.

XX. H. J. L. Struycken: Halsdrüsenschwellung bei Rachenleiden.

S. verbreitet sich ausführlich über die Art der Lymphdrüsenschwellungen bei verschiedenen Krankheiten des Kopfes. Auch beschreibt er einige Krankheitsfälle, bei welchen, bei protahirten Infectionszuständen, die Abtragung dieser entzündeten Drüsen Heilung brachte. H. Burger.

---

c) Petersburger Verein der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfärzte.

Sitzung vom 22. Januar 1905.

Erbstein stellt einen Kranken mit Veränderungen der Luftröhre nach Tracheotomie vor. Pat. trägt eine Canüle seit etwa 8 Monaten. Jetzt bekommt Pat. jedesmal, wenn man die Canüle entfernen will, Dyspnoe.

Vortragender ist der Meinung, dass einige von den Trachealringen atrophirt sind; infolge dessen klappt die Luftröhre zusammen.

Lunin sieht die häufigste Ursache der Dyspnoe nach Entfernung von Trachealcanülen in Granulation am Ende der Canüle, dann in nervöser Beängstigung und in dritter Linie in Erweichung der Trachealringe.

Simanowski glaubt im vorliegenden Falle keine genaue Diagnose stellen zu können.

Wojatschek demonstrirt das Salpingoskop von Valentin. — Nach W. kann das Instrument auch zur Untersuchung der Nebenhöhlenöffnungen verwandt werden.

Sitzung vom 19. Februar 1905.

Hellat demonstrirt einen Knaben mit einem Wolfsrachen, der bereits einmal im Verein vorgestellt worden war. Jetzt kann man den Erfolg der Operation verfolgen. Der Knabe wurde zunächst im Verein mit Dr. Fick nach Langenbeck operirt. Der Erfolg der Operation war ziemlich gering. Nur in der Mitte des harten Gaumens hielt eine schmale Brücke.

Nach der letzten Operation, wobei das Gewebe des Septums zur Deckung der Spalte benutzt wurde, ist der Erfolg zufriedenstellend. Die Spalte ist bis auf zwei kleine erbsengrosse Oeffnungen vollständig geschlossen und der Knabe spricht bereits soweit verständlich, dass seine Rede verstanden werden kann. Nur diejenigen Buchstaben gelingen ihm schlecht, welche den Verschluss des Nasen-

rachenraumes voraussetzen. Die mangelhafte Aussprache solcher Laute hängt jedoch nicht von der Unmöglichkeit, den Nasenrachenraum abzuschliessen, ab, als vielmehr von der vorläufigen Unmöglichkeit, die Gaumenmuskulatur nach Willkür in Bewegung zu setzen.

Der Verschluss findet bei allen unwillkürlichen Bewegungen, wie beim Schlucken und Erbrechen, exact statt. Es ist also sehr wahrscheinlich, dass die Sprache sich mit der Zeit bessern wird. Es müssen nur unter sachkundiger Leitung systematische Sprachübungen stattfinden.

Die Operation bestand in Folgendem: Es wurde der laterale Rand der Spalte angefrischt, danach vom Septum entsprechend der Seite der Spalte die Schleimhaut mit Perichondrium resp. Periost abpräparirt, umgeklappt und nach unten in die Spalte gestülpt. Der Lappen heilte sehr gut an. Damit war der vorderste Winkel vollständig verschlossen. Der weiche Gaumen wurde unter Cocain genäht.

Sitzung vom 26. März 1905.

Broschniowski: Mittheilung über die Verletzung des N. laryng. inferior.

Simanowski führt aus, dass die Heiserkeit zum Symptomencomplex der Paralyse des N. laryng. infer. nicht gehöre.

Lewenson entwirft die Lebensgeschichte von Garcia nach den in der Literatur vorliegenden biographischen Notizen.

Rauchfuss macht im Anschlusse daran in animirender burschikoser Weise Mittheilung über seine ersten laryngologischen Erfahrungen und die erste laryngologische Thätigkeit in Petersburg, wie auch über seine Beziehungen zu den ersten Pionieren der Laryngologie, wie Czermak, Türck, Fauvel etc.

P. Hellat.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Unser verehrter Mitarbeiter, Dr. J. E. Moure in Bourdeaux, ist zum Professor ernannt worden. Wir statten ihm unseren herzlichen Glückwunsch zu der längst verdienten Auszeichnung ab.

IX. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Der Congress findet in der zweiten Hälfte des October in Rom statt. Folgende laryngologische und rhinologische Referate stehen auf der Tagesordnung:

Der Avellis'sche Symptomencomplex. Referenten: Professoren Poli und Strazza.

Symptome, Structur und Behandlung der endonasalen Sarkome. Referenten: Professoren Martuscelli und Calamida.'

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, October. 1905. No. 10.

I. Noch einmal: Die Laryngologie und die internationalen medicinischen Congresse.

Zwei Umstände veranlassen mich, wiederum auf die in diesem Blatt schon so oft erörterte Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen zurückzukommen: einmal der neue Beschluss des Lissaboner Organisationscomité's, ihre 12. Section nunmehr in drei von einander „völlig unabhängige“ Subsectionen: XIIa Rhino-Laryngologie, XIIb Stomatologie, XIIc Otologie einzutheilen, und zweitens der eben erschienene Artikel Prof. C. Posner's in der Berliner klinischen Wochenschrift No. 36, 1905: „Congressfragen. Gedanken über Vergangenheit und Zukunft der internationalen medicinischen Congresse.“

Ueber den Beschluss des Lissaboner Comité's können wir mit wenigen Worten hinweggehen. Nachdem so viele der angesehensten laryngologischen und otologischen Gesellschaften der Welt in bestimmter und nicht misszuverstehender Form erklärt hatten, dass sie unter keinen Umständen einer Eintheilung zustimmen würden, welche diesen beiden Zweigen eine anderen anerkannten Specialitäten gegenüber untergeordnete Stellung zuwiese, gehörte in der That ein seltener Grad von Verblendung dazu, uns mit diesem neuen Vorschlag zu kommen, welcher ebenso hartnäckig den Beschluss aufrecht erhält, uns in die demüthigende Stellung von Subsectionen herabzudrücken, wie uns in den ganz ungehörigen Sectionsverband mit der Zahnheilkunde hineinzuzwingen! — Unsere Antwort ist selbstverständlich ein unbedingtes „Nein!“ —

Es erscheint überflüssig, das der ärztlichen Wissenschaft ganz unwürdige Markten und Feilschen oder den schwächlichen Eigensinn des Lissaboner Comité's zu beleuchten, welches es augenscheinlich für einen Beweis von Gesinnungstüchtigkeit hält, lieber einen Theil der ihm anvertrauten Aufgabe zu ruiniren, als offen einzugestehen, dass ein Fehler begangen worden sei und denselben noch rechtzeitig gut zu machen.

Jetzt ist es überhaupt zu spät geworden, noch etwas wirklich Gutes zu Stande zu bringen, und ich wünsche, diese Seite der Frage hier ausdrücklich zur Sprache zu bringen, um allen Eventualitäten vorzubeugen. Selbst wenn das Lissaboner



Comité in elfter Stunde nachgäbe und uns gnädigst die Stellung zurückerstattete, die es uns so willkürlich geraubt hat, so würde die Zeit bis zum Datum des Congresses nicht mehr ausreichen, um ein Programm herzustellen und zur Ausführung zu bringen, welches die Leistungen der Laryngologie bei den früheren Congressen erreichte. Ich weiss, dass dem so ist, aus meiner practischen Erfahrung als Secretär der laryngologischen Abtheilung des Londoner Congresses von 1881, welche mich gelehrt hat, dass zum mindesten ein volles Jahr angestrengter Arbeit des Sectionsbüreaus dazu gehört, die Vorarbeiten für die Sectionsthätigkeit in wirklich befriedigender Weise zu erledigen. Es erscheint nothwendig, dies schon jetzt zu betonen, um für den Fall, dass im letzten Augenblick der Laryngologie und Otologie die ihnen gebührenden Stellungen znrückgegeben würden, und dass nunmehr naturgemäss ihre Leistungen hinter denen früherer Congresse zurückblieben, hierfür den Eigensinn des Comité's, nicht aber eine angeblich ungenügende Leistungsfähigkeit der beiden Specialitäten verantwortlich zu machen! —

Ist somit jede Hoffnung auf eine angemessene Vertretung der Laryngologie bei dem Lissaboner Congresse ausgeschlossen, so müssen wir um so mehr danach trachten, solche Vorgänge, wie sie sich bei den meisten der früheren Congresse und jetzt wieder bei dem bevorstehenden abgespielt haben, für die Zukunft unmöglich zu machen. Bekanntlich haben wir dies bereits bei Gelegenheit des internationalen Congresses zu Paris im Jahre 1900 versucht, indem wir, d. h. die Laryngologen und Otologen der Welt, unsere bezüglichen Beschlüsse dem Generalsecretär des Pariser Congresses zur Uebermittelung an seinen Nachfolger einhändigten. Damit glaubten wir den immer und immer wiederholten Scherereien, die uns bei diesen Gelegenheiten aufgezwungen worden waren, für alle Zukunft den Boden entzogen zu haben. Wenn wir uns in dieser Hoffnung getäuscht haben, so war die Schuld nicht die unsere. Wir lebten des natürlichen und guten Glaubens, dass man nicht bei jedem dieser Congresse wieder von vorne anfinge, dass eine innerliche Continuität bestünde, dass die bei einem dieser Congresse deutlich und dringend ausgesprochenen Wünsche zweier wichtiger Zweige der Medicin betreffs der Form ihrer Vertretung bei diesen Gelegenheiten unmöglich schon beim nächsten Congresse einfach ignorirt werden könnten! —

Bittere Erfahrung hat uns belehrt, dass unser frommer Glaube ein kindlicher war. Für die jeweiligen Machthaber existirt offenbar weder eine Geschichte der Entwickelung der ihnen ganz temporär anvertrauten Institution, noch eine Berücksichtigung der legitimen Wünsche derjenigen, für welche sie organisiren! —

Hier setzt der glänzende Artikel Professor Posner's ein, dessen ich im Eingange gedachte. Der Verfasser geht davon aus, dass wer immer sich mit der Frage der Organisation allgemeiner medicinischer Congresse zu beschäftigen habe, nicht umhin können werde, „zu einigen principiellen Punkten Stellung zu nehmen, die gerade in letzter Zeit wiederholt Gegenstand lebhaftester Erörterung gewesen sind". Erst vor kurzem habe Waldeyer sich hierzu eingehend geäussert und das im Folgenden Auszuführende schliesse sich zum Theil eng seinen Darlegungen an.

Posner's Artikel zerfällt in drei Theile. Im ersten präcisirt er in gedrängter Kürze die Zwecke und Ziele der internationalen medicinischen Congresse und

schildert die Veränderungen in ihrer Organisation, die sich naturgemäss im Laufe der Zeit herausgebildet haben. Im zweiten zeigt er an der Hand der Schicksale der laryngologischen Section, in welcher Weise die unbeschränkte Machtvollkommenheit der jeweiligen Organisationscomité's mit den Wünschen und berechtigten Forderungen einzelner Specialitäten zum Schaden des Ganzen in Conflict kommen kann und thatsächlich gekommen ist. Im dritten macht er Vorschläge, wie diesen bedauerlichen Vorkommnissen abzuhelfen und die Lebensfähigkeit der ganzen Institution zu erhalten sei. Der ganze Artikel ist im höchsten Grade lesens- und beherzigenswerth und sein Studium im Original sei allen Lesern des Centralblatts wärmstens empfohlen.

Wenn ich hier den ganzen mittleren Theil des Artikels abdrucke, obwohl die historische Darstellung desselben nichts enthält, das unseren Lesern nicht schon bekannt wäre, so geschieht es, weil ich in den Spalten des Centralblatts ein Document von grossem Werthe für die Geschichte der Laryngologie aufzubewahren wünsche. Denn ein solches Document ist Posner's Schilderung. Sie zeigt, welchen Eindruck die Schicksale unserer Specialität bei diesen Gelegenheiten auf einen ebenso unbefangenen wie competenten Beurtheiler gemacht haben, und seine Kritik des Vorgehens des Lissaboner Comité's ist bei aller Ruhe und Zurückhaltung der Darstellung die denkbar vernichtendste.

Dies ist, was Posner sagt:

„Seitdem man überhaupt angefangen hat, auch auf den internationalen Congressen die Abtheilungen einzuführen, ist es, gerade wie bei unseren Naturforscherversammlungen, stets Gegenstand lebhafter Erörterung gewesen, wie weit man hier dem Bedürfniss nach Specialisirung entgegenkommen soll; Zahl und Eintheilung der Sectionen haben hier wie dort unaufhörlich gewechselt. Das kann auch Niemanden wundern, der die Entwickelung der modernen Medicin verfolgt. Nicht nur tritt überhaupt die Nothwendigkeit der Arbeitstheilung immer stärker hervor — und es würde ganz gewiss vergebene Mühe sein, wollte man diese Bewegung zu hemmen suchen — auch die Werthschätzung, die Präponderanz der einzelnen Arbeitsgebiete ist ständigem Wechsel unterworfen. Anfangs wurden als Specialfächer — neben den grossen Gruppengebieten, wie Innere Medicin, Chirurgie, Gynäkologie — wesentlich nur Augen- und Ohrenheilkunde anerkannt; dann tauchen neue Abzweigungen auf, theils bleibende, theils wohl auch solche, die nach einiger Zeit wieder resorbirt werden. So hatte z. B. der Berliner Congress 1893 Abtheilungen für orthopädische Chirurgie und für Eisenbahnhygiene, die anderswo wieder mit Chirurgie bezw. Hygiene verschmolzen wurden. Man würde sich heut nicht wundern, wenn z. B. eine neue Section für Radiologie gefordert würde, an deren Möglichkeit noch vor 10 Jahren Niemand gedacht hätte. Auch manche „Grenzgebiete" äussern den Wunsch, unter sich zu bleiben; auf dem Pariser Congress gab es zum ersten Mal, offenbar unter dem Einfluss der blühenden Schule Felix Guyon's, eine besondere urologische Section. Und ob verschiedene, jetzt noch zusammengehörige Disciplinen, wie z. B. Neurologie und Psychiatrie, Dermatologie und Syphilidologie, nicht noch ebenso auseinandergehen werden, wie erst vor verhältnissmässig kurzer Zeit Anatomie und Physiologie, Hygiene und gerichtliche Medicin, ist noch nicht abzusehen."

„Am merkwürdigsten in dieser Beziehung sind die Schicksale der laryngologischen Section, auf die auch Waldeyer in dem angezogenen Aufsatz exemplificirt. Man kann nicht umhin, auf diese Verhältnisse näher einzugehen, da hier Dinge von principieller Bedeutung zur Frage stehen, die keineswegs bloss die Specialisten für Laryngologie angehen, sondern von allgemeiner Wichtigkeit sind.“

„Wer sich über die bisherigen Geschehnisse unterrichten will, durchblättere die Jahrgänge des Internationalen Centralblatts für Laryngologie, in dem nicht nur alle Phasen des bisherigen Kampfes mit archivalischer Treue verzeichnet sind, welches vor allen Dingen auch selber in unermüdlicher und bis jetzt auch stets erfolgreicher Weise für die Unabhängigkeit der Section eingetreten ist; in zahlreichen sehr lesenswerthen Artikeln hat der Herausgeber, Sir Felix Semon, immer aufs neue in überzeugender Weise deren Berechtigung dargethan, bis er sich diesmal für „müde des Kampfes“ erklärt hat. Der historische Gang ist kurzgefasst bisher folgender: Auf dem Londoner Congress, 1882, tagen die Laryngologen noch als Subsection der inneren Medicin; in Kopenhagen (1884) bilden sie eine eigene Section; in Washington (1887) bleiben, infolge der bekannten Schwierigkeiten der amerikanischen Organisation, die meisten europäischen Laryngologen überhaupt aus; in Berlin (1890) wird widerspruchslos eine Vollsection (unter B. Fränkel's Vorsitz) gebildet. In Rom (1894) war Verschmelzung mit der otologischen Section geplant — infolge lebhaften Widerspruches, namentlich der deutschen Laryngologen, wird dann eine eigene Section zugestanden. In Moskau (1897) versucht man, die Laryngo-, Oto- und Odontologie als eine Subsection der chirurgisch-ophthalmologischen Abtheilung anzugliedern — auf vielfachen Einspruch (an dem auch unsere Wochenschrift sich betheiligte) werden dann besondere Sectionen für Laryngologie und Otologie begründet. In Paris sollen wieder Otologie einerseits, Laryngo-Rhinologie andererseits als Subsectionen tagen, auch hier werden dann besondere Vollsectionen concedirt. Von hier aus setzt schliesslich eine allgemeinere Bewegung der laryngologischen Sectionen und Gesellschaften ein: beide Sectionen (laryngologische und otiatrische) beschlossen, auch in Zukunft ihre Selbstständigkeit zu wahren, fassten dahingehende Beschlüsse und übergaben dieselben ordnungsmässig dem Congressvorstand zur weiteren Uebermittelung an den Generalsecretär des nächsten Congresses; im gleichen Sinne sprachen sich die meisten laryngologischen Gesellschaften aller Länder aus. Madrid beachtete zunächst diese Meinungsäusserung nicht, setzte dann aber doch zwei getrennte Sectionen ein. Das Lissaboner Organisationscomité hat dann wieder Subsectionen vorgesehen: zunächst eine oto-laryngo-rhinologische und eine „stomatologische“, von der man, da es sich doch auf gut Deutsch um die Zahnheilkunde handelt, nicht recht einsieht, wie sie zu dieser Placirung kommt; und diesmal hat sich der Conflict bedauerlicherweise scharf zugespitzt. Die englischen und deutschen laryngologischen Gesellschaften haben beschlossen, von dem Besuch des Congresses unter diesen Umständen überhaupt abzusehen, und ihre Vertreter im englischen und deutschen Nationalcomité — Sir Felix Semon und Geh. Rath B. Fränkel, beides Männer, die an der Entwickelung der internationalen Congresse erfolgreichen Antheil ge-

nommen haben — haben in Consequenz dieses Beschlusses ihre Mandate in denselben niedergelegt. Mit diesem Rücktritt der Kehlkopfspecialisten aus den allgemeinen internationalen Congressen ist dann bereits auch die Idee besonderer, internationaler Laryngologenversammlungen wieder aufgetaucht, deren unabhängige Existenz der allgemeinen Sache gewiss Abbruch thun würde. In letzter Stunde hat freilich das Organisationscomité noch ein Entgegenkommen insofern bewiesen, als es die Verbindung der Laryngologie mit der Otiatrie gelöst und drei „selbstständige Subsectionen", Rhinolaryngologie, Otiatrie und abermals Stomatologie geschaffen hat. Ob dieser Vorschlag, der immer noch hinter dem zurückbleibt, was auf den früheren Congressen verlangt und zugestanden wurde, die Billigung der betheiligten Kreise finden wird, ist vorläufig noch nicht zu sagen, aber nach allem Vorangegangenem und soweit meine persönlichen Informationen reichen, nicht gerade wahrscheinlich."

„Nun kann es vielleicht dem Gros der Aerzte ziemlich gleichgültig sein, ob die Laryngologen eine selbstständige Section oder eine Subsection bilden, ob sie mit der Otiatrie oder der Rhinologie zusammentagen. Man kann auch zugestehen, dass die Abgrenzung gerade dieser Specialitäten gegeneinander nicht leicht ist; die Rhinologie wird von den beiden anderen in Anspruch genommen, und in praxi betreiben — ein besonders oft gehörter Grund — in der That sehr viel Aerzte alle drei Fächer gemeinsam*). Aber was hier zur Frage steht, ist doch ganz etwas Anderes. Zugegeben, dass die Abgrenzung Schwierigkeiten macht. Es fragt sich nur, bei wem soll die Entscheidung liegen? Soll diese vom grünen Tisch eines Bureaus aus getroffen werden, oder soll nicht vielmehr, bei einer im Wesentlichen doch autonomen Versammlung, wie sie unsere Congresse darstellen, der immer wieder und in feierlichster Weise bekräftigte Wille der Nächstbetheiligten selbst maassgebend sein?

„Die Laryngologen sind in der glücklichen Lage, sich hierauf berufen zu können. Seit 20 Jahren haben sie ihre Selbstständigkeit auf den Congressen durchgefochten, haben stets wohlbesuchte und lebhaft arbeitende Sectionen gehabt, und haben in ganz formeller Weise ihre Wünsche, dass diese Selbstständigkeit auch fürder geachtet werde, den zuständigen Stellen der Congressorganisation übermittelt; eine allgemeine Abstimmung fast aller Fachgenossen hat mit überwältigender Mehrheit immer wieder das gleiche Verlangen gestellt. Warum nun dieser Forderung jetzt so ablehnend entgegentreten?"

„Das Comité in Lissabon hatte den Wunsch, die in der That etwas complicirt gewordene Organisation zu vereinfachen, Zusammengehöriges wieder zusammenzulegen. Wenn man's so hört, möcht's leidlich scheinen — aber die ganze Erfahrung aller früheren Congresse spricht doch dafür, dass sich Disciplinen, die ihre Trennung wünschen, nicht so ohne weiteres gegen ihren Willen wieder zusammenschweissen lassen. Die Arbeitsfülle aller einzelnen Sectionen ist dauernd angewachsen, zu ihrer Bewältigung ist die verfügbare Zeit knapp ausreichend — zwingt man die Mitglieder, Vorträge zu hören, die einem anderen

*) Vergl. hierzu, ausser Semon's verschiedenen Artikeln, den Aufsatz von Waldeyer, l. c.

Specialfach entnommen sind, so ertödtet man lediglich das Interesse, den Arbeitseifer, unterbindet mehr und mehr fruchtbare Discussionen. Dass und wie sich Grenzgebiete auch ohne solchen künstlichen Zwang zu gemeinsamer Thätigkeit vereinigen lassen, lehrt am besten wiederum das Beispiel der deutschen Naturforscherversammlung, wo, unbeschadet der Selbstständigkeit der Sectionen, solche Themata in gut besuchten und oft sehr wichtigen „combinirten Sitzungen" verhandelt werden. In deren Vorbereitung, in sorgsamer Auswahl der Tagesordnungen würde die Thätigkeit der Organisationscomité's ein lohnenderes Feld finden als in solchen, gegen den Willen der Majorität durchgesetzten Maassregeln!"

„Und selbst, wenn die Majorität im Unrecht wäre, wäre es nicht tactisch richtiger gewesen, von vornherein ihren so oft geäusserten Willen anzuerkennen, statt sich eine grosse Anzahl angesehener, leistungsfähiger Mitarbeiter zu entfremden und diesen die gemeinschaftliche Thätigkeit auf dem Congress zu verleiden?"

Die Laryngologie wird Prof. Posner für immer zu Dank für diese freimüthigen Ausführungen verpflichtet sein. Und ich persönlich brauche wohl nicht zu sagen, mit welcher Genugthuung mich dieselben erfüllt haben. Denn sie enthalten die Anerkennung der Berechtigung des Standpunktes, denn ich seit einundzwanzig Jahren in diesem Blatte vertreten habe, die Billigung der Entschiedenheit meines Protestes gegen die Willkürlichkeit des Lissaboner Comité's. Da finden wir die Zustimmung zu unserem „ordnungsmässigen" Vorgehen bei Gelegenheit des Pariser Congresses, das Erstaunen über das Zusammenkoppeln der Laryngologie mit der Zahnheilkunde, das Bedauern, dass die Haltung der Lissaboner Herren zur Gründung besonderer internationaler Laryngologenversammlungen führen dürfte, „deren unabhängige Existenz der allgemeinen Sache gewiss Abbruch thun dürfte", die Verwunderung darüber, warum man unserer berechtigten Forderung um Beibehaltung unserer mit Ehren innegehabten Stellung so ablehnend entgegentrete, die Voraussetzung, dass das neuerliche „Entgegenkommen" des Organisationscomités, das so weit hinter dem zurückbleibt, was wir besessen haben, kaum unsere Billigung finden würde. Und vor allem die Erörterung der Frage, ob Macht vor Recht gehen solle, ob die Entscheidung „vom grünen Tisch eines Bureaus aus getroffen" oder ob nicht vielmehr „der immer und immer wieder und in feierlichster Weise bekräftigte Wille der Nächstbetheiligten selbst maassgebend sein solle"? Wie die Redaction des British Medical, wie Wilhelm Waldeyer vor ihm, so frägt jetzt der Redacteur der Berliner klinischen Wochenschrift, ob, selbst wenn wir im Unrecht gewesen wären, es nicht tactisch richtiger gewesen wäre, von vornherein unseren so oft geäusserten Willen anzuerkennen, statt sich eine grosse Anzahl angesehener, leistungsfähiger Mitglieder zu entfremden und diesen die gemeinschaftliche Thätigkeit auf dem Congress zu verleiden? —

Zwei Dinge muss ich hier nochmals zur Sprache bringen, wenn sie auch schon oft in diesen Spalten erörtert worden sind: die Frage, ob es sich für uns um einen blossen Titel- und Etikettenstreit handelt, und die Schwierigkeit der Entscheidung, wie angesichts unserer eigenen inneren Spaltungen das Verhältniss der Laryngologie zur Otologie bei Gelegenheit der internationalen medicinischen Congresse zu behandeln sei.

Mit Bezug auf die erstgenannte Frage kann ich wahrheitsgemäss berichten, dass es sich für uns um viel mehr handelt, als um eine leere Titulatur. Obwohl wir in diesem Jahre das fünfzigjährige Jubiläum der Laryngologie gefeiert haben, sind wir in aller Herren Ländern weit entfernt davon, diejenige Stellung einzunehmen, die unserer Specialität nach unseren wissenschaftlichen Leistungen gebührt. Wenn auch nicht selten einzelne Laryngologen es vermocht haben, sich angesehene Stellungen zu erringen, so ist dies nur kraft ihrer Individualität geschehen, und ihre Position ist eine durchaus persönliche geblieben. Sowie es sich um eine allgemeine Anerkennung unserer Specialität handelt: um die Gründung ordentlicher Professuren, um die Gleichstellung der Laryngologen mit den Angehörigen anderer Fächer an demselben Hospital, um die Dotirung laryngologischer Kliniken, um die Berücksichtigung der Laryngologie bei den Prüfungen, beginnen die Schwierigkeiten und — Nörgeleien! — Ich weiss das nicht nur aus den Schmerzensrufen, die mir als Herausgeber des Centralblatts seit mehr als zwanzig Jahren vertraulich von einer beträchtlichen Anzahl unser besten Männer aus den verschiedensten Ländern zugegangen sind; ich weiss es auch aus der Schwierigkeit und Bitterkeit der Kämpfe, die ich persönlich behufs besserer Würdigung unseres Faches in England zu bestehen gehabt habe. Wie kann man von uns unter diesen Umständen erwarten — so frage ich jeden unbefangenen Aussenstehenden — dass wir unsere Zustimmung dazu geben, bei Gelegenheit der internationalen Congresse auf ein Niveau herabgedrückt zu werden, das dem anderer anerkannten Specialitäten, wie der Neurologie, der Dermatologie, der Ophthalmologie, der Pharmakologie, der Gynäkologie etc. etc., öffentlich und feierlichst untergeordnet wird? — Das würde unseren Gegnern eine Waffe gefährlichster Art in die Hand liefern! — „Wie können Sie von von mir erwarten, verehrtester Herr“ — so höre ich einen vortragenden Rath irgend eines Cultusministeriums dem Laryngologen antworten, der bei ihm um die Gründung einer laryngologischen Professur an einer Universität vorstellig wird — „dass ich Ihr Gesuch unterstütze, wo Ihre eigenen Berufsgenossen noch beim letzten internationalen medicinischen Congresse gezeigt haben, was sie von ihrem eigenen Fache denken, indem sie dasselbe, entgegengesetzt der Stellung aller anderen Specialitäten, in eine Subsection verwiesen, und Sie diese Stellung widerspruchslos acceptirt haben?“ — Was soll der Petent darauf antworten? — Nein, wir dürfen nie und nimmermehr zu einer Herabwürdigung unseres Faches unsere Zustimmung geben, wäre es nicht aus Selbstachtung, so schon aus Rücksicht auf unsere wichtigsten practischen Interessen! Und darum ist die Frage der Stellung der Laryogologie bei den internationalen Congressen für uns weit mehr als eine leere Titelfrage oder als eine Frage beleidigter Eitelkeit! —

Was zweitens das Problem anbelangt: soll die Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit der Otologie verschmolzen werden, oder sollen die bisher bestandenen zwei getrennten Sectionen bestehen bleiben, so möchte ich mit ganz besonderer Wärme die Aufmerksamkeit unserer Leser auf die letzten Abschnitte der oben citirten Posner'schen Ausführungen lenken, die sich so völlig mit dem decken, was Waldeyer, was auch ich über diese unzweifelhaft sehr schwierige Frage ausgeführt haben. Es ist in diesem Blatte vor einiger Zeit, so weit ich mich er-

innere*), klipp und klar von Burger gesagt worden, dass es nur Rücksicht auf verdiente, ältere Fachgenossen, die als reine Laryngologen oder als reine Otologen practicirten, gewesen sei, welche die jüngere Generation bisher verhindert habe, für eine Verschmelzung beider Fächer in eine einzige Section zu plaidiren. Ich habe damals sofort erwidert, dass, so gerne ich diese Rücksichtnahme anerkennte und so unleugbar diese persönliche Seite der Frage ernste Erwägung verdiene, sie doch meiner Ansicht nach der sachlichen ganz untergeordnet sei. Aber es ist vom sachlichen Standpunkt, dass ich nach wie vor für die Beibehaltung der beiden getrennten Sectionen eintrete! Was Posner**) jetzt so eindringlich sagt: „Die Arbeitsfülle aller einzelnen Sectionen ist dauernd angewachsen, zu ihrer Bewältigung ist die verfügbare Zeit knapp ausreichend (!) — zwingt man die Mitglieder Vorträge zu hören, die einem anderen Specialfach entnommen sind, so ertödtet man lediglich das Interesse, den Arbeitseifer, unterbindet mehr und mehr fruchtbare Discussionen" — das trifft für keine Section besser zu als für die laryngologische, und das ist der Grundgedanke, das Thema meiner eigenen früheren bezüglichen Ausführungen gewesen; das ist auch heute noch, trotz aller inzwischen erfolgten gegentheiligen Erörterungen und Vorschläge, meine feste Ueberzeugung! — Wenn man sich erinnert, dass die internationalen Congresse nur einmal alle drei Jahre tagen, dass die Arbeitszeit sich auf sechs Tage beschränkt, dass die Erfahrung gezeigt hat, dass an jedem Tage nur eine allgemeine Discussion stattfinden kann, will man die Zahl der privaten Vorträge nicht ungebührlich beschränken, so folgt daraus mit logischer Nothwendigkeit, dass, wenn man die Laryngo-Rhinologie mit der Otiatrie in eine einzige Section verschmilzt, in summa zwei laryngologische, zwei rhinologische, zwei otologische allgemeine Discussionen stattfinden können! — Und das soll bei der einzigen Gelegenheit, die wir haben, die uns derzeit bewegenden Fragen im internationalen Kreise zu discutiren, für den Fortschritt unserer Wissenschaft innerhalb dreier Jahre genügen? — — Ich glaube nicht, dass der begeistertste Anhänger der Verschmelzung diese Frage bejahend beantworten kann. Schon bei den bisher bestehenden beiden Sectionen war die Zeit oft viel zu knapp — ich habe wiederholt den Sitzungen präsidirt und weiss, welche Schwierigkeiten es machte, das Material zu erledigen, wie viel persönliche Unzufriedenheit sich beeinträchtigt glaubender Vortragender und Redner erregt wurde —; beschränkt man diese Zeit, wie dies bei einer Verschmelzung beider Sectionen unvermeidlich wird, auf die Hälfte, so verdoppelt man die Arbeitslast des Bureaus, dem die unerfreuliche Aufgabe zufallen wird, vieles Gute wegen Zeitmangels zurückzuweisen, und die Zahl der Unzufriedenen, während man die Gelegenheit, wichtige Fragen ihrer Lösung näher zu führen, vorübergehen lässt. Auf solche Weise werden gute, lebensfähige Institutionen vernichtet! —

Andererseits ist und bleibt mir die Haltung derjenigen unverständlich, die auf eine Verschmelzung dringen, weil sie „Alles" geniessen wollen, das bei

*) Vergl. die folgende Anmerkung.

**) Ich kann leider Waldeyer's gleichartige Worte hier nicht citiren, da ich diesen Artikel während meiner Ferien fern von jeder Möglichkeit von Literaturbenutzung schreibe.

diesen Gelegenheiten dargeboten wird. Ich will nicht oft in diesem Blatte Gesagtes wiederholen und nicht von neuem erörtern, ob es recht und billig sei, dass einer Seite die Hälfte ihrer Arbeitszeit entzogen werde, damit die andere „Alles“ zu geniessen bekomme. Für mich ist die Thatsache entscheidend, dass eine Verschmelzung der beiden Sectionen, wie oben gezeigt, die Arbeitsmöglichkeit auf die Hälfte reduciren und damit dem Fortschritt der Wissenschaft hindernd in den Weg treten würde. Auch vermag ich es ganz und gar nicht als einen Nachtheil anzuerkennen, dass diejenigen, welche die Laryngologie und Otologie gemeinsam betreiben, die Auswahl haben, welcher der beiden Sectionen sie beiwohnen wollen. Den beiden einzigen dagegen immer wieder beigebrachten Argumenten: dass mit dem Hin- und Herrennen zwischen den Sitzungsräumen beider Sectionen kostbare Zeit verloren gehe, und dass zwei für alle Betheiligten gleich interessante Discussionen gleichzeitig in beiden Sectionen angesetzt werden möchten, kann ich wirklich keinen grossen Werth beimessen. Beide lassen sich bei nur einigermaassen geschickter Organisation entweder gänzlich vermeiden oder auf ein Minimum reduciren.

Und hier komme ich auf den dritten Theil des Posner'schen Artikels. Von Herzen stimme ich ihm darin bei, dass alle, oder wenigstens fast alle Uebelstände, die sich bei den internationalen Congressen herausgestellt haben, auf mangelhafte Organisation zurückzuführen sind! Es muss für die Zukunft vermieden werden, dass „einschneidende Bestimmungen einseitig von einer Stelle aus getroffen werden, die vorübergehend mit fast unbeschränkter Macht verfügen kann“. Das ist es ja, wogegen ich ich in diesem Blatte immer und immer wieder protestirt habe, dass kleine Tyrannen die ihnen ganz zeitweilig anvertraute Aufgabe zu Entscheidungen willkürlichster Art missbrauchen! Posner erinnert sehr richtig daran, dass die Comité's früherer Congresse nicht immer eine „glückliche Hand“ bei der Berufung der Referenten und der Vergebung der Ehrenämter bewiesen hätten. Auch wir Laryngologen wissen hiervon ein Liedchen zu singen! — Aber wie unbedeutend ist das gegenüber der Thatsache, dass einmal nach dem anderen der Versuch gemacht werden konnte, die gesammte Laryngologie aus den trivialsten, rein localen Gründen ihrer durch ehrliche Arbeit erworbenen Stellung innerhalb der Gesammtwissenschaft zu berauben! — Man erinnere sich nur: in London erhielten wir nur eine Subsection, weil der derzeit hervorragendste englische Laryngologe persönlich unpopulär war; in Kopenhagen sollten wir mit den Otologen zu einer Section verschmolzen werden, weil eine zum Präsidenten der laryngologischen Section geeignete Persönlichkeit nicht vorhanden war; in Washington wurde der gleiche Versuch gemacht, weil der bereits erwählte Präsident der laryngologischen Section mit Homöopathen consultirte; in Moskau sollten wir gar mit den Zahnärzten zusammengeschweisst werden, weil an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie existirte! — Was in aller Welt haben diese jämmerlichen localen und persönlichen Gründe mit der Stellung einer anerkannten Specialität innerhalb des Rahmens der Gesammtwissenschaft zu thun? —

Um der Wiederholung solcher Vorkommnisse, welche wahrlich nicht der Medicin zur Ehre gereichen, vorzubeugen, macht Posner folgenden Vorschlag:

„Es muss eine auch in der **Zwischenzeit** zwischen den Congressen bestehende Einrichtung, eine Art von **permanentem Bureau** geschaffen werden, welche dem jeweiligen Organisationscomité zur Seite steht und, weil internationalen Charakters, in Zweifel- und Streitfällen geradezu den Ausschlag zu geben hätte.“ Ein solches permanentes Bureau, das „die Continuität der Gesellschaftsarbeit“ wahren würde, wäre nach Posner ohne weiteres aus den Vorständen der bereits bestehenden Nationalcomité's der einzelnen Länder zu bilden, während auch die internationationale Vereinigung der medicinischen Presse für eine solche permanente Einrichtung mit Vortheil herangezogen werden könnte.

Ich halte diesen Gedanken Posner's — die Details können leicht weiterer Vereinbarung überlassen werden — für einen überaus glücklichen, und hoffe, dass sein Urheber schon auf dem Lissaboner Congress für seine Verwirklichung eintreten wird. Der herzlichen Zustimmung der Laryngologen darf er sicher sein. Das glaube ich im Namen meiner Specialität nach der Zustimmung, die meine Anschauungen bisher im Kreise meiner Specialcollegen gefunden haben, versichern zu dürfen. Nicht nur ich, wir alle sind dieser immer wiederholten, demüthigenden Kämpfe um unsere Selbstständigheit und Würde herzlich müde, und werden mit Freuden eine Einrichtung begrüssen, die uns dieselben für die Zukunft erspart. Aufgabe der Laryngologen wird es allerdings sein, wenn der Posner'sche Vorschlag, wie ich sicher hoffe, acceptirt werden sollte, dahin zu wirken, dass in jedem Landescomité zum mindesten ein führender Laryngologe sitzt, um den Wünschen und Anschaungen im Landescomité Ausdruck zu verleihen, und es dem Vorsitzenden des betreffenden Comités zu ermöglichen, später als Mitglied des permanenten Comité's mit Nachdruck für verständige Forderungen der Laryngologie einzutreten! — Ich habe bereits wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass es Sache der Laryngologen des betreffenden Landes, in welchem der nächste internationale Congress abgehalten würde, sein müsse, noch ehe das Organisationscomité seine bezüglichen Beschlüsse veröffentlichte, dafür zu sorgen, dass der Laryngologie bei dem Congress eine würdige Stellung eingeräumt würde! Ich fürchte aber nach den in Madrid und Lissabon gemachten Erfahrungen, dass diese Mahnung ungehört verhallt ist. Möge diesem neuen Aufruf ein besseres Schicksal beschieden sein! Das alte Sprüchwort sagt: „Gott hilft denen, die sich selbst helfen.“ Die ganze gegenwärtige Bewegung ist ein neuer Beweis für seine Richtigkeit. Seit die Laryngologen angefangen haben, sich für die öffentlichen Interessen ihrer Specialität zu interessiren, seit nicht nur einzelne Individuen, sondern auch die laryngologischen Gesellschaften mit Nachdruck für diese Interessen eingetreten sind, hat sich die Aufmerksamkeit auch weiterer Kreise auf das uns wiederholt zugefügte Unrecht gelenkt, haben wir sympathische und einflussreiche Freunde gefunden, die uns in unserer Abwehr thatkräftig unterstützen. Immer aber müssen wir selbst auf dem „Qui vive“ stehen, einmüthig zusammenhalten vor dem gemeinsamen Gegner, auch wenn kleinere Meinungsverschiedenheiten unter uns selbst bestehen, billig denkende Freunde in anderen Kreisen der Medicin für die Gerech-

tigkeit unserer Sache interessiren! Da kann jeder Laryngologe mithelfen und ich hoffe er wird es! —

Denjenigen Freunden aber, die schon jetzt so warm für unsere gute Sache eingetreten sind: den Herren Geh. Rath Waldeyer, Prof. Posner und der Redaction des „British Medical Journal" sei der Ausdruck unseres herzlichsten Dankes dargebracht. Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals, Instrumente.

1) **J. J. Kyle. Sir Felix Semon über die Beziehungen der Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften. (Sir Felix Semon on the relations of Laryngology, Rhinology and Otology to other arts and sciences.)** *Indiana Medical Journal. December 1904.*

Ein Auszug aus dem vor dem Congress für Künste und Wissenschaften in St. Louis gehaltenen Vortrag. (Cfr. Centralbl. Bd. XX. S. 481.) EMIL MAYER.

2) **R. Spira. Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. December 1904.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No 5. 1905.*

Statistischer Bericht und Erwähnung einiger interessanter casuistischer Fälle. HECHT.

3) **Schröder** (Schöneberg). **Sechster Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schöneberg, O.-A. Neuenburg, nebst Bemerkungen zur Behandlung der oberen Luftwege des Phthisikers.** *Med. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins. No. 13. 1905.*

Unter den 258 Kranken waren 34 Fälle mit Larynxtuberculose. Unter den nicht tuberculösen Affectionen der oberen Luftwege, die sich bei Phthisikern so sehr häufig finden, spielen die chronischen Schleimhautkatarrhe die erste Rolle. Schr. erklärt besonders die Nasenbehandlung für wichtig, um die Luftpassage freizumachen. Grössere Eingriffe und sogar Aetzungen der Schleimhäute sollten bei Fiebernden vermieden werden, da sie nur Verschlimmerungen des Allgemeinbefindens zur Folge haben. Ueberhaupt ist eine weise Mässigung in der Therapie der Erkrankungen der oberen Luftwege beim Lungenkranken geboten. SEIFERT.

4) **A. Loewy** und **H. von Schrötter. Untersuchungen über die Blutcirculation beim Menschen.** *Mit 3 Tafeln, 10 Figuren und 5 Curven im Texte. Berlin 1905. Verlag von Aug. Hirschwald.*

Bei Patienten, die an bronchoskopische Untersuchungen gewohnt waren, wurde eine Sonde in den Hauptbronchus eines Lungenlappens gebracht und dieser

Bronchus dann durch einen aufblasbaren Tampon abgesperrt. Das abgesperrte Luftvolumen gab an das vorüberströmende Blut so lange Sauerstoff ab und nahm Kohlensäure aus demselben auf, bis sich die Spannungen der in dem Blute und in dem Luftvolumen enthaltenen Gase ausgeglichen hatten. Nach einigen Minuten sank der Sauerstoffgehalt der durch den Lungenkatheter abgesperrten Luft auf den sich constant bleibenden Werth von 4—8 pCt.; er stand somit jetzt im Spannungsgleichgewicht mit dem in die Lungen eintretenden venösen Blut, dessen absoluter Sauerstoffgehalt sich nunmehr berechnen liess. Aus der Differenz des Sauerstoffgehalts im Arterien- und Venenblut ergiebt sich nun, wieviel Sauerstoff von 100 ccm Blut in den Lungen aufgenommen wird. Dividirt man diese Zahl in die durch den gleichzeitigen Respirationsversuch ermittelte, in der Minute von dem Patienten aufgenommene Sauerstoffmenge, so ergiebt sich, wieviel mal 100 ccm Blut pro Minute durch die Lungen, demnach auch durch jede Herzabtheilung geströmt sind. Combinirt mit der Zahl der Herzschläge ergiebt dies das Schlagvolumen des Herzens, combinirt mit dem arteriellen Blutdruck die Grösse der Herzarbeit.

J. KATZENSTEIN.

5) **Weil** (Wien). **Ueber Nasen- und Rachenblutungen.** (Nach einem Vortrage im Wiener med. Doctorencollegium.) *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 50, 51 u. 52. 1904.*

W. unterscheidet spontane und traumatische Blutungen, von ersteren: die localer und die entfernterer Ursachen, bei letzteren: Blutungen nach Traumen im engeren Sinne und postoperative Blutungen. Besprechung der Tamponade und anderer Blutstillungsmittel.

CHIARI.

6) **Baumgarten** (Budapest). **Ueber periodische Blutungen der oberen Luftwege.** *Wiener med. Presse. No. 16. 1905.*

Blutungen: 1. vor Eintritt der Menstruation, 2. an Stelle der Menstruation, 3. zur Zeit der Menstruation, 4. während der Schwangerschaft, 5. während der Involution.

CHIARI.

7) **Waldemar Fromm. Beitrag zur Casuistik der congenitalen Knorpelreste am Halse.** *Dissert. München 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

8) **R. Fischl. Experimentelle Beiträge zur Frage der Bedeutung der Thymusexstirpation bei jungen Thieren.** *Zeitschr. f. exp. Pathol. Bd. I. H. 2. p. 388.*

Die experimentelle Beseitigung der Thymus ist ein für die Gesundheit und Entwickelung der Thiere belangloser Eingriff.

J. KATZENSTEIN.

9) **D. N. Paton. Die Beziehung der Thymus zu den Geschlechtsorganen. II. Der Einfluss der Entfernung der Thymus auf das Wachsthum der Geschlechtsorgane. (The relationship of the thymus to the sexual organs. II. The influence of removal of the thymus on the growth of the sexual organs.)** *Journ. of Physiol. XXXII. 2. p. 28.*

Entfernung der Thymus zu einer Zeit, ehe dieselbe der normalen Atrophie anheimfällt, hat ein rascheres Wachsthum der Hoden zur Folge.

J. KATZENSTEIN.

10) **Coenen** (Berlin). **Vorstellung eines Präparates von Lymphosarkom der Thymusdrüse bei einem 6jährigen Knaben.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. Vereinsbeilage. 1904.*

Complication durch Diphtherie im Rachen. Tracheotomie ohne Erfolg. Exitus. Der Tumor hatte Trachea und Speiseröhre stark comprimirt.

ALBANUS (ZARNIKO).

11) **Ernst Urbantschitsch** (Wien). **Oto-rhinologische Instrumente.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1905.*

I. Apparat zur Atticausspritzung.

II. Distanzometer (für intraaurale und intranasale Messungen): Instrument mit Messung von Entfernungen von 1—13 mm.

III. Nasenvibrator: Ein dem Concussor des Kehlkopfes nachgebildeter und den Formen der äusseren Nase angepasster, biegsamer Apparat zur Vibrationsmassage der äusseren Nase, den Autor bei acuten Schleimhautschwellungen der Nase mit Erfolg anwandte.

HECHT.

12) **F. Schaefer** (München). **Eine neue elektrische Beleuchtungs- und Untersuchungslampe.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Autor liess sich durch die Firma Reiniger, Gebbert u. Schall an der Kirstein'schen Stirnlampe das Endoskopielämpchen durch einen Nernstlampenbrenner ersetzen und erzielte hierdurch das doppelte bis dreifache Licht. Diese neue Lampe kann an jeder Lichtleitung ohne Vorschaltung und Regulirwiderstand direct eingeschaltet werden. Des Ferneren liess Schäfer eine zweite Lampe herstellen, die „so construirt ist, dass der kleine Nernstlampenbrenner mit Sammellinse durch eine Klammer direct an jeden gewöhnlichen Stirnreflector angeschraubt werden kann".

HECHT.

13) **Hans Neumayer** (München). **Eine Schutzvorrichtung für den Arzt bei der Untersuchung der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1905.*

„An der Rückseite des Reflectors" hat Autor „eine 0,2—0,3 mm dicke Platte aus Marienglas angebracht, die 15 cm breit und 12 cm hoch zusammen mit dem Reflector das Gesicht des Untersuchers von den Augenbrauen nach abwärts vollständig deckt." Diese Schutzvorrichtung ist durch zwei federnde Spangen ungefähr 3 cm oberhalb der Durchblicksöffnung an dem Reflector befestigt.

HECHT.

14) **Löwenstein** (Elberfeld). **Ein neuer Halseisbeutel.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1905.*

Der Eisbeutel „von länglich ovaler Form reicht von einem Kieferwinkel bis zum anderen und wird durch ein mit einer Schlaufe versehenes und so verstellbares Gummiband an die vorderen Partien des Halses fest angedrückt. Ein kleiner Haken befindet sich an der einen Seite des Eisbeutels, so dass der Patient bei der Befestigung des Gummibandes nicht jedesmal den Kopf in die Höhe zu heben braucht. Ein zweites ebensolches Gummiband ist an dem oberen Rande des Eisbeutels befestigt und hält, über den Kopf des Patienten gezogen, fest nach oben".

HECHT.

15) **W. Glegg. Eine transportable Lampe zum Gebrauch in der Laryngologie. (A portable lamp for use in Laryngology.)** *Lancet. 4. März 1905.*

Eine Acetylenlampe mit beweglicher Linse, die an einem dreibeinigen Ständer befestigt ist. Zu haben bei Harris u. Co., Birmingham. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Bogrow** (Moskau). **Das Rhinophyma und seine Behandlung.** *Berliner klin Wochenschr. No. 32. 1904.*

Nach der Methode der Decortication wurde ein Fall von Rhinophym, das seit 15 Jahren bestand, mit sehr gutem kosmetischen Resultat behandelt, wie die beigefügten Photographien vor und 4 Wochen nach der Operation erkennen lassen.

ALBANUS (ZARNIKO).

17) **F. Bloebaum** (Köln a Rh.) **Die Radicalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1904.*

Für die leichteren Fälle genügt die Stichelung der Nase mittels der galvanischen Glühnadel, wobei man jedoch zur Erzielung eines vollen Erfolges „die ganze Nase, soweit dieselbe geröthet ist, sticheln, und zwar Stich an Stich legen muss, so dass also jedes Blutgefäss getroffen wird". „Bei ausgeprägten Fällen von Knollennase nützen die Stichelungen mit der feinen Glühnadel allein nicht, hier muss eine Decortication in grösserem Maassstabe vorgenommen werden." Unter den drei Methoden zur operativen Behandlung der Pfundnase: Elektrolyse, Messer und Galvanokaustik, empfiehlt Autor die letztere als die geeignetste. Bloebaum verwendet ausschliesslich galvanokaustische Instrumente: Schneideschlinge aus Stahldraht, galvanokaustische Messer aus Platinirridium und zur Glättung Flachbrenner. „Die ganze Cur nimmt ca. 4 Wochen in Anspruch." Zur Nachbehandlung verwendet Autor die v. Bardeleben'sche Brandbinde, event. bei Idiosynkrasie gegen Wismuth das Dermatol. Der Arbeit ist eine Photographie eines Gipsabdruckes einer Pfundnase, sowie eine zweite Photographie des operirten Patienten 9 Wochen nach der letzten Sitzung beigegeben. HECHT.

18) **P. Vilanova** (Barcelona). **Chirurgische Behandlung der Nasen-Acne. (Tratamiento quirurgico del rinofima.)** *Revist. de Medic. y Cirug. März 1904.*

Mittheilung der bisherigen Methoden der Behandlung der Acne hypertrophica und eingehende Schilderung des Dubreilh'schen Verfahrens mit nachfolgender Thiersch'scher Transplantation. R. BOTEY.

19) **Kromayer** (Berlin). **Die Heilung der Acne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren: das Stanzen.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 20. 1905.*

Mittels kleiner, elektrisch getriebener Kleincylinder oder Epilationsmesser (Durchmesser des schneidenden Cylinders von 0,7 mm bis 1,2 mm) wird prophylactisch, abortiv oder curativ die Acne bekämpft; die Wundheilung ist eine bedeutend raschere wie bei den anderen Methoden. Eine Narbe ist nicht wahrnehmbar. HECHT.

20) **J. Broers** (Haag). **Granulosis rubra nasi.** *Medicinische Revue. Juni 1905.*

Ein typischer Fall bei einem 13jährigen Knaben von dieser in der Jugend nicht so gar seltenen, gutartigen, zuerst von Jadassohn (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. LVIII, S. 145) ausführlich beschriebenen Affection.

H. BURGER.

21) **W. R. Rowland. Diphtherie-Antitoxin bei Heufieber. (Diphtheria antitoxin in hay-fever.)** *American Medicine. 17. December 1904.*

In 11 Fällen hatte eine einzige Injection von Diphtherieserum einen günstigen Erfolg.

EMIL MAYER.

22) **Lübbert** und **Prausnitz** (Hamburg). **Zur Serumbehandlung des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11, 12. 1904.*

Aus dem staatlichen hygienischen Institut in Hamburg (Director: Professor Dr. Dunbar) bringen die Verff. eine Statistik über 285 Fälle von Heufieber, darunter 63 Fälle von Herbstkatarrh.

Von 222 Fällen gewöhnlichen Heufiebers hatte die Serumbehandlung bei 127 = 57 pCt. positiven, bei 71 = 32 pCt. theilweise positiven und bei 24 = 11 pCt. negativen Erfolg. Mit Asthma complicirte Fälle zeigten 11 mal positiven, 6 mal theilweise positiven, 9 mal negativen Erfolg.

Sehr wichtig ist, genau nach der Vorschrift, bei geschlossenen Fenstern und Thüren zu schlafen und schon Morgens, ehe also die Schleimhäute der Nase und des Auges mit Pollentoxin in Berührung gekommen sind, prophylactisch Serum zu gebrauchen, um es nicht erst zu Anfällen kommen zu lassen. Die Erfahrung lehrte, dass bei Idiosynkrasie für Phenol die Serumbehandlung wegen des Phenolzusatzes wenig Erfolg hatte. Das aus diesem Grunde pulverförmig, nur mit Milchzuckerzusatz hergestellte Präparat (Pollantinpulver) brachte namentlich für die Anwendung in der Nase wegen der besseren Vertheilung über die Schleimhäute gute Erfolge.

Von 63 Herbstkatarrhfällen wurden mit positivem Erfolg 44, mit theilweise positivem 12 und 7 mit negativem Erfolg behandelt.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) **Immerwahr** (Berlin). **Zur Serumbehandlung des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. 1904.*

Verf., selbst Heufieberpatient, gebrauchte mit relativ günstigem Erfolg Dunbar's Pollantin (das getrocknete Heufieberserum). Das vorjährige flüssige, mit Phenolzusatz conservirte Serum hatte nur geringen Erfolg. Bei der Roggenblüthe im Freien wieder Anfälle von Heufieber, die das Pollantin nicht beeinflusste; im Zimmer dagegen vollkommenes Freisein von Anfällen. Mit zwei anderen Patienten ähnliche günstige Erfolge. Verf. spricht den Wunsch aus, es möchte das Heufieberserum noch verstärkt werden können, damit durch dessen Wirkung event. auch der Aufenthalt im Freien während der gefährlichsten Zeit, der Roggenblüthe, möglich sei.

ALBANUS (ZARNIKO).

24) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Dunbar's Heufieberserum. (Dunbar's hooikoortsserum.)** *Geneesk. Courant. No. 9. 1905.*

Nichts von Interesse.

H. BURGER.

25) **Alfred Denker** (Erlangen). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1905.*

Autor prüfte vor 2 Jahre bei drei seit Jahren an Heufieber leidenden Patienten vor Beginn der Heufieberzeit — im Mai — das Dunbar'sche Toxin nach, konnte jedoch durch dessen Application selbst ohne Verdünnung keine entsprechende Reaction hervorrufen. Das Roggenpollentoxin ist demnach nicht als differentialdiagnostisches Hülfsmittel gegenüber der Coryza nervosa und anderen Nasenaffectionen zu verwerthen. Bei einer Reihe von Patienten, dessen Krankengeschichten aufgeführt werden, erreichte Autor während der Heufieberzeit durch möglichst regionär ausgedehnte, täglich wiederholte Schleimhautmassage der Nase eine bedeutende Besserung. Nach vorheriger Cocain-Adrenalin-Application wurde jede Nasenseite erst 2—3 Minuten, später 3—4 Minuten mit 10proc. Europhenöl massirt. Sämmtliche Beschwerden bildeten sich bedeutend zurück, verschwanden sogar theilweise; ausserdem verliefen bei den auf diese Weise behandelten Patienten im folgenden Jahre die Anfälle in bedeutend milderer Form, zum Theil blieben die Patienten überhaupt vom Heufieber verschont. HECHT.

26) **Ernst Urbantschitsch** (Wien). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Urbantschitsch hat gleich Denker durch die Massage der Nasenschleimhaut den aufgetretenen Heuschnupfen zu coupiren und auch durch prophylactische Massage hinanzuhalten vermocht. Er sieht in der Massage als solcher das Wirksame und massirt wöchentlich 3—4mal 2—5 Minuten lang hauptsächlich mit seiner blanken, elastischen, spiralförmigen Nasensonde ohne jegliche medicamentöse Zuthat. Eine Anästhesirung empfiehlt sich nur bei sehr empfindlichen Patienten oder bei sehr engen Nasen, um der Sonde zu ihren Schleuderbewegungen entsprechenden Raum zu schaffen. HECHT.

27) **Otto Schwarz** (Leipzig). **Zur Behandlung der Heufieber-Conjunctivitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Autor beseitigte mit Erfolg die Conjunctivitis durch täglich 2—3malige Einträufelungen von Cocain-Suprarenin (Cocac. mur. 0,2; Solut. Suprarenin. mur. [1prom.] 1,0; Aq. dest. ad 10,0) in den Bindehautsack, so dass die Patienten sich keine Beschränkung im Ausgehen aufzuerlegen brauchten. Auch die Erscheinungen seitens der Nase machten sich kaum mehr bemerklich. HECHT.

28) **Carl Praussnitz** (Hamburg). **Zur Behandlung des Heufiebers. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Dr. Denker.**

Denker (Erlangen). **Erwiderung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1905.*

Bezugnehmend auf die Denker'sche Mittheilung über die Unwirksamkeit des Dunbar'schen Toxins zur Erzeugung von Heufiebererscheinungen weist Praussnitz auf die von anderen Autoren erzielten positiven Resultate hin und vermuthet den negativen Ausfall in der inzwischen eingetretenen Unwirksamkeit des von Denker längere Zeit aufbewahrten Toxins.

Denker antwortet darauf, dass man ihn auf die geringe Haltbarkeit des Präparates hätte aufmerksam machen müssen und behält sich weitere Nachprüfungen vor.

HECHT.

29) **Wretowski. Zur Casuistik des Heufiebers. (Przyczynek do kazuistyki kataru siennego.)** *Gazeta Lekarska. No. 23. 1905.*

Verf., ein 25jähriger Arzt, in Warschau wohnhaft, beschreibt seinen seit 9 Jahren gewöhnlich im Frühjahr recidivirenden Heufieberanfall. Derselbe hatte einen typischen Verlauf, entstand mit Nasen- und Augenerscheinungen mit folgenden bronchial-dyspnoetischen Anfällen. Die Anfälle entstanden meistens im Monat Juni nach einem Ausflug in die Gegend von Warschau; dieselben hatten verschiedene Dauer (2—6 Wochen). In den letzten Jahren dauerten sie nicht mehr als 2—3 Wochen. Sehr verschiedene Behandlungsmethoden, allgemeine und locale (Galvanokaustik), blieben erfolglos. Nur das Cigarettenrauchen verursachte stets eine Erleichterung der nasalen Symptome. Da das Leiden in seiner typischen Form zu den grossen Seltenheiten in Warschau gehört, so benutzte Verf. diese Gelegenheit, um genau die jetzigen Anschauungen über Aetiologie, klinische Erscheinungen und Therapie des Heufiebers auseinander zu setzen.

A. v. SOKOLOWSKI.

30) **Voss** (Berlin). **Die Killian'sche Radicaloperation chronischer Nasennebenhöhlenempyeme.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 17. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag über das obige Thema und Krankenvorstellung dreier, nach dem Verfahren mit gutem Erfolge operirter Fälle.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **J. Passmore Berens. Dreizehn Fälle chronischer multipler Sinusitis, operirt auf dem Wege vom Antrum her. (Thirteen cases of chronic multiple sinusites operated upon by way of the maxillary route.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

In allen Fällen bis auf einen war die Keilbeinhöhle erkrankt; in 12 Fällen bestanden Schmerzen im Hinterkopf, in 8, alle mit Betheiligung der Keilbeinhöhle, strahlten die Schmerzen auch nach dem Gesicht zu aus und hatten einen neuralgischen Charakter, während sie in 4 Fällen einen „Tic douloureux" vortäuschten. Alle Fälle wurden geheilt bis auf zwei: der eine war ein maligner und in dem anderen kehrte die Eiterung in der Keilbeinhöhle verschiedene Male wieder, jedesmal von einem Anfall von „Tic" begleitet. Verf. glaubt, dass Schmerzen im Hinterkopf und am Scheitel oder Trigeminusneuralgie bei gleichzeitigem Befund von Eiter in dem hinteren Theil der Nase symptomatisch für eine Erkrankung der Keilbeinhöhle ist.

In 12 der Fälle bestanden Schmerzen in der Augengegend, besonders im inneren Augenwinkel; in allen diesen Fällen, mit einer Ausnahme, fehlte jede Erkrankung der Stirnhöhle.

In allen Fällen bis auf zwei folgte der Operation ein völliges und permanentes Nachlassen der Schmerzen.

EMIL MAYER.

32) **J. A. Stuckey. Eiterung der Naseanebenhöhlen. (Suppuration of nasal accessory sinuses.)** *N. Y. Medical News. 5. November 1904.*

Verf. betont in seinen Ausführungen die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. Er führt Fälle an, in denen dann durch Fortleitung des Eiters durch das Foramen opticum oder durch die Löcher der Lamina cribrosa nach der Gehirnbasis Tod eintrat. Die Therapie soll in erster Linie dafür sorgen, dass der Eiter freien Abfluss hat.

LEFFERTS.

33) **Lewis A. Coffin. Ein Bericht über vier operirte Fälle von Sinusitis bei Kindern. (A report of four operated cases of sinusitis in children.)** *Laryngoscope. November 1904.*

Der erste Fall betraf einen 10 jährigen Knaben, bei dem die Diagnose auf Ethmoiditis gestellt war und bei dem nach Curettage durch die äussere Wunde Heilung eintrat.

Im zweiten Fall handelte es sich gleichfalls um Ethmoiditis bei einem 9jährigen Knaben; es trat Heilung ein. Sechs Monate später erkrankte die andere Seite. Der Fall endete tödtlich. Bei der Autopsie fand man eine sehr grosse Siebbeinhöhle, die voll Eiter war. Todesursache war eine acute Sepsis.

Auch im dritten Fall handelte es sich um einen Fall von Ethmoiditis, der ein 10jähriges Kind betraf und in Heilung ausging.

Der vierte Fall stellt ein Empyema antri Highmori dar, und zwar handelte es sich um ein Kind von 6 Monaten.

Die Literatur ist aus der Arbeit von Emil Mayer entnommen.

Verf. erwähnt die Ansicht von Avellis, wonach in diesen Fällen nicht eine Infection der Sinus, sondern vielmehr eine Knochencaries, eigentlich Tuberculose vorliege. Er glaubt nicht, dass diese Ansicht für seine Fälle zutreffe; er hält aber die von Mayer vertretene Meinung für falsch, weil die Lage der Higmorshöhle beim Kinde so sei, dass ein Durchbruch nach der Wange nicht erfolge könne.

(Verf. scheint sich nicht bewusst zu sein, dass er thatsächlich eine der Avellis'schen entgegengesetzte Ansicht hat. Ref. bleibt bei seiner Meinung, dass das Antrum der Sitz der primären Affection ist, dass von hier aus der Eiter in die angrenzenden Weichtheile eindringe. Eine Osteomyelitis setzt die Anwesenheit von Knochenmark voraus, solches existirt jedoch im Gesicht nicht; es handelt sich vielmehr um eine reine Infection der Höhle. In dieser Ansicht wird er durch die Coffin'schen Fälle nur bestärkt.)

EMIL MAYER.

34) **George L. Richards. Die Bedeutung des Eiters in der Nase, mit besonderer Rücksicht auf die Nebenhöhlenerkrankungen und deren Behandlung. (The significance of pus in the nose, with special reference to the affections of the accessory sinuses and their proper treatment.)** *N. Y. Medical News. 24. December 1904.*

Mit besonderem Hinweis auf die Vernachlässigung der Nebenhöhlenerkrankungen seitens der allgemeinen Practiker stellt Verf. in grossen Zügen ein Bild von dem Gang der Untersuchungen zur Diagnose derselben dar.

LEFFERTS.

35) **Sargent F. Snow. Tic douloureux und andere Neuralgien infolge von Druck in der Nasenhöhle und den Nebenhöhlen. (Tic douloureux and other neuralgias from intranasal and accessory sinus pressures.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Januar 1905.*

Verf. hat in 20 Fällen die Neuralgie auf Druck in der Nase oder Eiteransammlung in den Nebenhöhlen zurückführen können, besonders häufig auf letztere Erkrankung. Seiner Erfahrung nach deutet ein vom Nasenrücken nach auswärts und oben ausstrahlender Schmerz auf eine Betheiligung der vorderen Siebbeinzellen. Ein tiefer sitzender intensiver Schmerz unter oder hinter dem Auge, der zeitweilig auch im Ohr oder der Schläfe auftritt, spricht für Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen. Bei Oberkieferempyem findet sich oft ein localisirter Schmerz, bisweilen Muskeltremor und Spasmen, die den Kopf von einer Seite zur anderen erschüttern. S. glaubt, dass 80 pCt. aller Fälle von Tic douloureux auf Nebenhöhlenerkrankungen zurückzuführen sind.

LEFFERTS.

36) **Fein** (Wien). **Zur Charakteristik der Nebenhöhleneiterungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 11. 1905.*

Die Eigenart der Nebenhöhleneiterungen gegenüber den anderen Eiterungszuständen bezieht sich sowohl auf die Diagnosenstellung als auch auf die therapeutischen Maassnahmen, bei denen auch kosmetische Rücksichten hindernd im Wege stehen.

CHIARI.

37) **Kretschmann** (Magdeburg). **Sepsis, verursacht durch Empyem der Nasennebenhöhlen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder. Krankengeschichte und Autopsiebefund in extenso.

HECHT.

38) **Sondermann** (Dieringhausen). **Vorkommen und Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen bei Tuberculose der Luftwege.** *Zeitschr. f. Tuberculose u. Heilstättenwesen. Bd. 7. H. 2. 1905.*

Die bei Tuberculose sehr häufigen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase sind nichts Specifisches. Ihre Behandlung ist aber sehr nöthig, da sie vielfach die Ursache der behinderten Nasenathmung darstellen. Es besteht die Nothwendigkeit, jedem Lungenkranken zu seiner Nasenathmung zu verhelfen, um den Filter und Vorwärmer der Luft gerade der kranken Lunge zugute kommen zu lassen.

SEIFERT.

39) **Füth** (Leipzig). **Ueber eine angeborene Geschwulstbildung perithelialer Natur am Oberkieferzahnfleische eines 2 Tage alten Mädchens mit Hineinbeziehung des Schmelzkeimes.** *Hegar's Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. IV. H. 1. 1902.*

Der hühnereigrosse, vom Zahnfleische des Oberkiefers entfernte Tumor war nicht vom Schmelzbeine ausgegangen, enthielt aber Einschlüsse desselben. Andere Zellen des Tumors waren zweifellos bindegewebiger, perithelialer Natur.

SEIFERT.

40) **Bayer. Zahncyste des linken Oberkiefers, zwei Eckzähne enthaltend (den Milchzahn und den bleibenden Zahn), diagnosticirt und operirt nach der V. von Bruns'schen Methode; Vorzeigen des Präparates und der Kranken. (Kyste dentaire du maxillaire supérieur gauche contenant deux canines (la dent de lait et la dent permanente) diagnostiqué et opéré d'après la méthode de V. von Bruns; présentation de la pièce et de la malade.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 30. 1904 et La Presse otolaryng. Belge. No. 9. 1904.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belg. oto-laryngologischen Gesellschaft vom 11. Juni 1904, in welchem über obige Mittheilung referirt ist.

AUTOREFERAT.

41) **Moure** und **Aubaret. Multiple Fractur des linken Oberkiefers. (Fracture multiple du maxillaire supérieur gauche.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. September 1904.*

Infolge einer Verletzung durch einen Flintenschuss traten bei der Patientin Abscesse an der linken Wange auf, die zur Bildung von Fisteln Veranlassung gaben. Man musste die knöcherne Sinuswand fortmeisseln, die Höhle auskratzen und die untere Muschel fortnehmen. Heilung trat erst ein, nachdem der Bulbus hatte enucleirt werden müssen.

E. J. MOURE.

42) **O. Chiari. Gefässreicher Tumor der Kieferhöhle.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung am 17. December 1904.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1904.*

Eine Patientin kam wegen wiederholter Blutung aus einer Nasenseite zur Consultation. Nach Entfernung mehrerer Schleimpolypen hörten die Blutungen nicht auf, in der Nase sonst keine Ursache zu finden. Die alsdann vorgenommene Durchleuchtung der Kieferhöhlen liess die blutende Seite weniger hell erscheinen, und hatten wiederholte Ausspülungen des Antrums nach ca. 2 Minuten immer starke Blutungen zur Folge. Es wurde daher eine gefässreiche Geschwulst der Kieferhöhle angenommen, welche Diagnose nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus bestätigt wurde. Exstirpation der gefässreichen Polypen, deren Oberfläche kleine nekrotische und durch Hämorrhagien zerstörte Stellen zeigten. Heilung. — Es wurde die Diagnose ohne vorhergehende Dilatation des Antrums gemacht.

CHIARI.

43) **Vaquier. Ueber breite Trepanation der Oberkieferhöhle vom unteren Nasengang her. (De la trépanation large du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur.)** *Thèse de Toulouse. 1903.*

Das Verfahren stellt nach Ansicht des Verf.'s eine rationelle Uebergangsstufe dar zwischen der Punction des unteren Nasenganges, die in leichten Fällen angewandt werden soll, und der radicalen Methode, die für die hartnäckigen Fälle mit Granulationsbildung an der Höhlenschleimhaut reservirt bleiben soll.

E. J. MOURE.



44) E. Delstanche. **Die Behandlung der Sinusitis im XVIII. Jahrhundert. (Le traitement de la sinusite maxillaire au XVIIIe siècle.)** *La Presse otolaryng. Belge. No. 1904.*

Mittheilung nach einer von Bordenare in den Memoiren der Kgl. Academie für Chirurgie, T. IV, Paris 1798 veröffentlichten Arbeit über die Behandlung der Sinusitis maxill., in welcher die Symptome und Behandlung dieser Affection besprochen werden; als Heilmethoden werden vorgeschlagen: 1. die Methode von Meibonier (1718), 2. die von Cooper, 3. die von Drake; ferner 4. die Methode von Larmorier (1743) und schliesslich die Methode von Jourdain (1765).

Zum Schluss finden noch die Sinusaffectionen Erwähnung, welche einem speciellen Grundübel, wie Syphilis, Caries etc., ihre Entstehung verdanken und mit diesem behandelt werden müssen.

BAYER.

45) A. Brown Kelly. **Ein Beitrag zur Pathologie der Highmorshöhle. (A contribution to the pathology of the antrum of Highmore.)** *Glasgow Med. Journal. October-November 1904.*

Verf. berichtet über das Sectionsergebniss der Highmorshöhle in 100 Fällen von verschiedenen Todesursachen. In der Hälfte aller Fälle, die an Pneumonie gestorben waren, fand sich Eiterung der Oberkieferhöhle; K. räth zu einer sorgfältigeren klinischen Beobachtung auf Nebenhöhleneiterungen bei Pneumonie. Die vielen wichtigen Punkte, die in vorliegender Arbeit zur Erörterung gelangen, lassen sich schwer im Rahmen eines Referats wiedergeben; die Arbeit verdient durchaus eine sorgfältige Lectüre.

A. LOGAN TURNER.

46) Herm. Cordes (Berlin). **Beitrag zur Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1905.*

Autor empfiehlt die Krause-Friedländer'sche Methode — Anbohrung des Antrum mittels Troicart vom unteren Nasengang aus — und nach wenigen Ausspülungen Trockenbehandlung der erkrankten Höhle. Die Höhle wird durch die täglich einzuführende Canüle ausgeblasen und nachfolgend Pulver, am besten Jodoform. insufflirt. Cordes erzielte mit dieser Methode bei 83 pCt. Heilung und hält dieselbe den anderen conservativen Methoden überlegen. Er empfiehlt vor etwaiger breiter Eröffnung der Höhle einen mehrmonatlichen Versuch mit dieser Behandlungsart. Die breite Eröffnung der Höhle macht Autor nach Desault-Küster, legt mit dem Troicart eine Gegenöffnung durch den unteren Nasengang, vernäht die Operationsöffnung im Munde bis auf den vorden Wundwinkel primär und behandelt von der Nase aus durch die gesetzte Gegenöffnung trocken nach. Die verschiedenen Methoden und ihre Resultate finden in der Arbeit eingehend kritische Würdigung.

HECHT.

47) Johannes Martin (Magdeburg-B.). **Ueber die Bedeutung des Verschlusses der Ostien bei entzündlichen Erkrankungen der Kieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1905.*

Die Thatsache, dass eine Reihe chronischer Kieferhöhlen-Empyeme nach Wegsammachung der Höhle von der Nase aus, sei es durch Erweiterung der verlegten natürlichen Ausführungsöffnung, sei es durch Anbohrung vom unteren

Nasengang aus, schnell ausheilen, sucht Autor dadurch zu erklären, dass einerseits die Ventilation der Höhle wieder hergestellt wird (Aspiration des Secretes beim Athmen und Ventilation der Höhle beim Schnauben), andererseits die Circulationsverhältnisse in dem Antrum gebessert werden. Während vorher bei bestehendem Verschluss des Ostiums „infolge der Ansaugung und der directen Compression der abführenden Venen eine übermässige und andauernde Stauung des Blutstromes", die sogenannte „kalte Stauung" Bier's bestand, wird mit Freilegung des Ostiums der normale Luftdruck wieder hergestellt, die Circulation in Blut- und Lymphwegen geregelt und damit „der Anstoss zum Beginn der Resorption der in den Geweben abgelagerten Exsudate gegeben". „Vielleicht versagen deshalb so viele von der Alveole aus angebohrte Empyeme die Heilung, weil die Durchlüftung von hier aus zweifellos schwieriger und unvollkommener vor sich geht, als von der Nase." Will man also die Ventilation der Nebenhöhlen wieder herstellen, so empfiehlt es sich, die Eröffnung von der Nase aus vorzunehmen.

HECHT.

48) J. Galezowski. **Oberkieferempyem; Enophthalmie und Neuritis optica. (Sinusite maxillaire, enophthalmie et névrite optique.)** *Société d'ophthalm. de Paris. 7. Februar 1905.*

G. stellt eine Patientin vor, die im October an Oberkieferempyem erkrankte; es traten schwere Complicationen von Seiten des Auges auf, die an eine Orbitalphlegmone erinnerten (Oedem der Papille). Das Empyem, das dentalen Ursprungs war, wurde von der Fossa canina aus operirt, worauf die Erscheinungen von Seiten des Auges rapid zurückgingen.

A. CARTAZ.

49) Beaman Douglass. **Ein Unfall mit dem Antrumtroicart. (An accident with the antrum trocar.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1904.*

Der Troicart gelangte anstatt in die Higmorshöhle in das subcutane Zellgewebe des Gesichts. Die Spülflüssigkeit drang in dieses ein; es entstand starke Schwellung der rechten Wange und Orbitalregion.

LEFFERTS.

50) Adalbert Watts Lee. **Ueber die Stirnhöhlen beim Menschen nebst Beobachtungen über dieselben an einigen anderen Säugethierschädeln. (Concerning the sinus frontales in man with observations upon them in some other mammalian skulls.)** *Johns Hopkins Hospital Bulletin. April 1904.*

Die Untersuchungen wurden im anatomischen Institut der californischen Universität gemacht; sie betreffen Schädel vom Menschen, Rind. Schaf, Hund, Affe und Taube.

Es wird hervorgehoben, dass die Stirnhöhlen in Bezug auf die Symmetrie mehr variiren als alle anderen paarigen Gebilde im menschlichen Organismus. Das bezieht sich nicht nur auf die Abweichung des Septums der Höhlen, sondern auch auf andere Charakteristica der Sinus an demselben Schädel. Der frontale Theil der Höhle bildet gewöhnlich einen einzelnen Hohlraum, häufig besteht er jedoch aus einer Reihe von Taschen, die von ungleicher Grösse sind und von einander durch knöcherne Septa getrennt sind. Diese Septa können sehr lang sein oder nur als niedrige Erhebungen vorhanden sein.

Der durch die Pars orbitalis charakterisirte Typus von Höhlen findet sich oft auf einer oder beiden Seiten. Von 26 Höhlen, die eine Combination des frontalen und orbitalen Typus darstellten, war in 22 der frontale Theil der grössere. Der Artikel ist reich illustrirt.

EMIL MAYER.

51) **Delie** (Ypres). **Fronto-maxillarsinusitiden mit Anomalie des Sin. frontal. (Sinusite fronto-maxillaire avec anomalie du sinus frontal.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1904.*

Mittheilung, gemacht in der französischen otolaryngelogischen Gesellschaft vom 4. Mai 1904; vergl. diesbezügliches Referat!

BAYER.

52) **Hoffmann** (Dresden). **Ueber operative, besonders osteoplastische Eingriffe an der Stirnhöhle wegen chronischer Eiterung.** (Nach einem Vortrage, gehalt. am 13. Februar 1904 in der Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde zu Dresden.) *Wiener klin. Rundschau. No. 45. 1904.*

Besprechung verschiedener Methoden der Stirnhöhleneröffnung, wie der von Kuhnt, Jansen, Riedel-Killian und der osteoplastischen Methoden, welch letzteren der Autor den Vorzug giebt. Beschreibung seines eigenen Operationsverfahrens, das im Wesentlichen eine osteoplastische Aufmeisselung darstellt.

HANSZEL-CHIARI.

53) **Paul S. Mertins. Empyem der Stirnhöhle; extraduraler Abscess und Abscess des Stirnlappens. Operation. Tod infolge hypostatischer Lungenentzündung. (Empyema of the frontal sinus; extradural abscess and abscess of the frontal lobe. Operation. Death from hypostatic congestion of the lungs.)** *American Journal Med. Sciences. April 1904.*

Der 40jährige Patient litt seit über 6 Monaten an heftigen Kopfschmerzen, die allmälig zunahmen. Es bildete sich ein Abscess über der Glabella. Man stiess im Grunde der Abscesshöhle auf nekrotisirten Knochen und die Sonde drang in die Schädelhöhle. Der nekrotische Knochen bildete einen Theil der Wand der linken Stirnhöhle; diese enthielt Eiter. Später fand man einen grossen Abscess des rechten Stirnlappens, während die rechte Stirnhöhle selbst gesund war.

A. LOGAN TURNER.

54) **Sprenger** (Stettin). **Die chronische Stirnhöhlenentzündung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag über Aetiologie, Symptome, Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhlenentzündung.

ALBANUS (ZARNIKO).

55) **Robert C. Myles. Ein Fall von ausgedehnter Entfernung des Bodens zweier sehr grossen Stirnhöhlen bei demselben Patienten. (A case of extensive removal of the floors of two very large frontal sinuses in the same patient.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.



56) **Beaman Douglass. Die Frage der intranasalen Stirnhöhlenoperation. (The question of intra-nasal operation upon the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Folgende Punkte soll man besonders im Auge behalten: Dass die Stirnhöhle ganz fehlen kann; dass die Entfernung der hinteren Stirnhöhlenwand, die den Stirnlappen des Gehirns trägt, vom Ductus naso-frontalis um 3—4 mm variiren kann; dass man irrthümlich glauben kann, in die Stirnhöhle gelangt zu sein, während man thatsächlich in einer Siebbeinzelle sich befindet; dass die Lage und Richtung des Ductus naso-frontalis erheblich variiren kann und dass er in diesem Fall häufiger schräg verläuft, wodurch die Gefahr der Operation vermehrt wird; schliesslich dass die Fissura olfactoria als ein gefährliches Operationsterrain betrachtet werden muss.

EMIL MAYER.

57) **Lewis S. Coffin. Zwei operirte Fälle doppelseitigen Stirnhöhlenempyems. (Two operated cases of double frontal sinusitis.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt.

LEFFERTS.

58) **W. Freudenthal. Die Radicaloperation wegen Empyems der Stirnhöhle. (The radical operation for empyema of the frontal sinus.)** *The Journal of the American Medical Association. 11. Februar 1905.*

Man suche so weit wie möglich mit der conservativen Behandlungsmethode zu gelangen; ist eine Operation nothwendig, so scheint die Killian'sche Methode die besten Resultate zu geben. Der unmittelbare Verschluss der äusseren Wunde nach der Operation ist für den kosmetischen Effect von grösstem Werth.

EMIL MAYER.

59) **Carl E. Munger. Orbitalinfection von den Siebbeinzellen her mit spontaner Oeffnung am inneren Orbitalwinkel. (Orbital infection from the ethmoid cells with spontaneous opening at inner angle of orbit.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Es fehlte in diesem Fall jede Absonderung aus der Nase, obwohl es sich um eine chronische Ethmoiditis handelte; die Orbitalschwellung ging unter Anwendung von Adrenalin zurück. Ein durch das Siebbeinlabyrinth der rechten Seite eingeführtes Drainrohr gerieth durch das Septum in die linke Nasenhöhle. Nach der Drainage trat sehr schnelle Vernarbung ein.

EMIL MAYER.

60) **H. Holbrook Curtis. Die Keilbeinhöhle und ihre chirurgischen Beziehungen. (The sphenoidal sinus and its surgical relationship.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Die Ausführungen betreffs der pathologischen Verhältnisse sind zum grossen Theil dem Werk von Sieur und Jacob: „Les fosses nasales" entnommen.

EMIL MAYER.

61) **Otto J. Freer. Chevalier Jackson's Durchleuchtungsapparat mit einigen Modificationen. (Chevalier Jackzen's transilluminator with some modifications.)** *The Laryngoscope. Juli 1904.*

Die Modificationen zielen vor allem auf eine grössere Sicherheit des Appa-

rates hin. Es ist nämlich kürzlich passirt, dass der Apparat in der Hand des Arztes explodirte, gerade bevor er ihn in den Mund des Patienten einführen wollte. Nur durch Zufall ist ein schweres Unglück verhütet worden.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

62) **Gorochow. Die Bildung der Wange durch Plastik. (Obrasowanie schtscheki plastikojie.)** *Wrat. Graz. No. 1. 1905.*

Die Arbeit hat hauptsächlich chirurgisches Interesse. P. HELLAT.

63) **Bruhns** (Berlin). **Mikroskopische Präparate von „Lymphangiectasien der Wange".** *Berliner klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1904.*

Die Präparate stammen von einer 24jährigen Frau, die in der linken Wange eine teigige Infiltration bekam, deren mikroskopische Untersuchung ihren Charakter als Lymphangieectasie aufdeckte. ALBANUS (ZARNIKO).

64) **Schilling** (Leipzig). **Der üble Mundgeruch.** *Wiener med. Presse. No. 4. 1904.*

Ziemlich ausführliche Aufzählung der verschiedenen Ursachen für den Foetor ex ore und therapeutische Angaben. Für den Facharzt nichts Neues. CHIARI.

65) **Brandt** (Berlin). **Beiträge zur Chirurgie der Mundhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22. 1904.*

In der Berliner medicinischen Gesellschaft Vortrag und Demonstrationen von Gaumen- und Nasenobturatoren bei nicht oder mit geringem Erfolg operirtem Wolfsrachen. Ersatz des Oberkiefers und Bulbus in einem Fall, wo Oberkiefer und Bulbus wegen einer Neubildung entfernt wurden. Verschluss und Ersatz durch Prothesen in Fällen, wo Lues Nase und Gaumen, oder wo gleichzeitig Lues den Gaumen und Lupus die Nase oder Theile des Gesichts zerstört hatte. Gute Abbildnngen erläutern Form und Technik der Prothesen. Mittheilung eines Falles, wo in einem fibrösen Tumor der Highmorshöhle eingebettet ein Zahn lag.

ALBANUS (ZARNIKO).

66) **Jürgens** (Berlin). **Ueber Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 24. 1904.*

Bei einem Manne zeigte sich Zahnfleisch und Wangenschleimhaut diffus stark entzündet mit schmutzig-grauem, leicht abwischbaren Belag, bei grosser Neigung zu Blutungen, ohne Bildung von Membranen und Ulcerationen. Starke Absonderung von Secret aus der Mundhöhle. Allgemeinbefinden wenig gestört, Temperatur in den ersten zwei Wochen zwischen 37—38°. Unter verdünnten Sublimatspülungen (1 : 7000—10000) Besserung und Entlassung am 37. Krankheitstage aus dem Krankenhaus. Bakteriologisch konnten, besonders durch culturelle Untersuchungen, Gonokokken festgestellt werden neben Spirochaeten und fusiformen Bacillen. Ueber die Infectionsquelle giebt der Befund Aufschluss, dass Patient an einem frischen Urethraltripper litt. ALBANUS (ZARNIKO).

67) **William Gordon. Ein Fall von anscheinender Heilung einer vermuthlich malignen Erkrankung der Mundhöhle. (A case of apparent rocovery from presumably malignant disease of the mouth.)** *Lancet. 18. März 1905.*

Patient, ein 53jähriger Mann, klagte seit 6 Monaten über Schmerzen an der linken Seite der Zunge und über Beschwerden beim Oeffnen des Mundes. Es bestand ein tiefes, unregelmässig zerklüftetes Geschwür an der linken Seite der Zunge und eine Induration, die sich auf den vorderen Gaumenbogen erstreckte, heftige Schmerzen, keine Drüsenschwellung. Vier Chirurgen, die den Fall sahen, riethen zur Operation. Patient machte Umschläge mit einem Brei aus Veilchenblättern und trank ein Infus von diesen. Nach $2^1/_2$ Monaten Besserung, nach 3 Monaten Heilung. (! ! ! Ref.)

ADOLPH BRONNER.

68) **Bonfilio Garriga** (Madrid). **Ein Fall von idiopathischer Angina Ludovici; Heilung. (Un caso de Angina de Ludwig idiopática. Curación.)** *Revist. Cientif. profesional. Juli 1903.*

Mittheilung eines Falles von Angina Ludovici bei einem 40jährigen kräftigen Manne. Da dessen Antecedentien durchaus günstig waren, konnte nur Erkältung als Ursache festgestellt werden. Die Heilung erfolgte nach 14 Tagen.

R. BOTEY.

69) **W. O. Humphrey. Angina Ludovici. (Ludwig's Angina.)** *American Practitioner and News. 15. März 1904.*

28jähriger Patient. Es wurde eine Incision gemacht und eine Submaxillardrüse entfernt. Dabei entleerte sich Eiter. Während die Schwellung zurückging, war keine wahrnehmbare Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren. Untersuchung des Eiters ergab Pneumokokken nebst einigen Streptokokken. Es entwickelte sich eine Pneumonie, an der Pat. am 9. Tage zu Grunde ging.

EMIL MAYER.

70) **E. Berini** (Barcelona). **Bezüglich eines bemerkenswerthen Falles von Hypertrophie der Zungenmandel. (Apropósito de un caso de hipertrofia de la amigdale lingual.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Mai 1904.*

Im Anschluss an einen Fall seiner Beobachtung von hartnäckigen Hustenanfällen, hervorgerufen durch Hypertrophie der Zungenmandel und ihres Contactes mit der Epiglottis, bespricht B. die Ursachen, die zur Hypertrophie jener Drüse führen und erörtert die Escat'schen Ideen hinsichtlich dieses Punktes.

R. BOTEY.

71) **Th. Schwartz. Hemiatrophia linguae.** (Mittheilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga, Sitzung vom 21. April 1904.) *St. Petersburg. med. Wochenschr. No. 212. 1905.*

Vorstellung eines 15jährigen Knaben mit Hemiatrophia linguae. Erkrankung mit Kopfschmerzen, Erbrechen schon vor einem Jahre, Doppeltsehen, starkem Schwindel. Anamnese nicht erhältlich. Keine Zeichen hereditärer Lues. Macht eine Schmiercur durch. Kopfschmerz geringer, der ataktische Gang hat sich gebessert. Augenuntersuchungsbefund genau angeführt.

Discussion:

Voss stellt einen ähnlichen Fall vor. Die Patientin von V., 58 Jahre alt, hat eine Geschwulst im Ohre, eine Facialisparalyse und Stimmbandlähmung auf derselben Seite.

Ed. Schwarz: Wechselnde Augenmuskellähmung mit Hemiatrophie der Zunge kommen auf neurotischer Grundlage vor. Doch sei im ersten Fall hereditäre Lues wahrscheinlich.

von zur Mühlen fragt, ob im Voss'schen Falle Zeichen von Accessoriuslähmung vorgelegen. Dieses wäre interessant zu wissen in Anbetracht der neueren Theorie über die Kehlkopfinnervation.

Die Frage wird verneint. P. HELLAT.

72) **Albert Blau. Die Haarzunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 263.*

Mittheilung von 4 Fällen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Wucherung der Papillae filiformes mit Verhornung des Epithels; Verf. hält die Krankheit für eine „Hyperkeratosis, welche sich wohl als die Folge eines Katarrhs der Zunge darstellt". Den Bakterien, die er fand, legt Verf. keine Bedeutung bei; von Mucorpilzen konnte er niemals etwas nachweisen. Für die verschiedene Färbung der verhornten und verhornenden Epithelien schreibt er äusseren Umständen, der Einwirkung der Ingesta und wahrscheinlich auch der chemischen Zusammensetzung des Speichels, etwa dem verschiedenen Grade an Rhodankaliumgehalt, eine Rolle zu. F. KLEMPERER.

73) **Finder** (Berlin). **Demonstration von Fällen secundärer Zungentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration von 4 Fällen; im letzten Fall blieb es unentschieden, ob durch Lues oder Tuberculose die Operationswunde einer Zungentonsille bei einem Phthisiker geschwürig zerfallen war. ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Guyot. Angiom der linken seitlichen Partie der Zunge bei einem hereditär-syphilitischen Hydrocephalen. (Angiome de la partie latérale gauche de la langue chez un hydrocéphale hérédo-syphilitique.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 22. November 1903.*

Der ungefähr mandelgrosse Tumor fand sich bei einem 2 Monate alten Kinde. Nach den bisher veröffentlichten Mittheilungen finden sich diese Neubildungen gewöhnlich mit irgend welcher Missbildung vergesellschaftet. E. J. MOURE.

75) **G. E. Armstrong. Zungenkrebs. (Carcinoma of the tongue.)** *Montreal Medical Journal. Juni 1905.*

A. glaubt, dass in Bezug auf das Zungencarcinom eine hoffnungsvollere Auffassung berechtigt ist. Die Resultate sind nur darum schlecht, weil die Diagnose nicht früh genug gestellt wird; alle Fälle, in denen Schrunden oder Ulcerationen am Rande der Zunge vorhanden sind, erfordern Aufmerksamkeit und, sobald die Erkrankung als bösartig erkannt wird, muss operirt werden. A. stellt

einen vor 7 Jahren operirten Mann vor, bei dem die ganze Zunge exstirpirt worden war und bei dem bisher kein Recidiv eingetreten ist.

EMIL MAYER.

76) **Réthi** (Wien). **Die secretorischen Nervencentren des weichen Gaumens.** *Wiener med. Presse. No. 48. 1904.*

Die Versuche wurden an narkotisirten Katzen vorgenommen. Die Reizung in der Schädelhöhle war eine unipolare, die des Rückenmarkes wurde mit einer Doppelelektrode vorgenommen. Ergebniss: Der secretorische Facialiskern für die Drüsen des Velums liegt unter der Rautengrube, und zwar für jede Seite ein Kern, die secretorischen Symphaticuskerne liegen in der Höhe des fünften und sechsten Brustwirkels im Halsstrang des N. sympathicus beiderseits von der Mittellinie.

CHIARI.

77) **Chauveau. Angeborene Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Perforation congénitale du pilier antérieur.)** *Arch. Internat. de Laryngologie. No. VI. 1904.*

Die Perforation hatte ihren Sitz oberhalb der Tonsille im rechten vorderen Gaumenbogen.

E. J. MOURE.

78) **Serapin. Zur Frage der Mischgeschwülste des Gaumens. (K wepresu saneschannich. opuch. neba.)** (Prot. und Verhandlungen der St. Petersburger med. Gesellschaft 1901—1902.) *St. Petersburg 1904.*

Der Inhalt des Artikels ist bereits im Centralblatt referirt.

Discussion:

Meinhard: Giebt es Fälle, wo Mischgeschwülste in bösartige übergehen?

Serapin: Charakteristisch für diese Geschwülste ist die embryonale Herkunft und der histologisch-epitheliale Charakter ohne Metastasen in Drüsen.

Weljeminow: Es giebt zwei Arten von Mischgeschwülsten: embryonale und teratoide. Von ihnen können die monogerminalen bösartig werden.

P. HELLAT.

79) **J. Lederman. Venöses Angiom des weichen Gaumens. (Venous angioma of the soft palate.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. December 1904.*

Sämmtliche Gefässe der betreffenden Gesichtsseite und Orbita waren von der Tumorbildung betroffen.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

80) **Marshall. Ein Fall von Diphtherie mit Mulyptol behandelt. (A case of diphtheria treated with Mulyptol.)** *Lancet. 26. November 1904.*

Patient war ein 30jähriger Mann, der Beläge auf der linken Tonsille hatte. Es wurden Diphtheriebacillen nachgewiesen. Es wurde Mulyptol aufgepinselt, dasselbe Mittel inhalirt und innerlich gegeben. Heilung in drei Tagen.

ADOLPH BRONNER.

81) **M. Aramian. Die Anwendung von Dichondraextract als ein baktericides Mittel bei Diphtherie. (The use of extract of dichondra as a bactericide in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 4. März 1905.*

Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Antitoxinbehandlung allein gegen das Diphtherietoxin nicht, aber gegen die dieses Toxin hervorbringenden Bacillen wirksam ist. Verf. glaubt, dass das Dichondraextract ein Mittel zur Vernichtung der Bacillen darstellt. Nach seinen Erfahrungen geschieht diese Vernichtung in 2—5 Tagen, und zwar ohne die geringsten Reizerscheinungen, da das Mittel keine caustischen Eigenschaften hat; es kann auch von Kindern in grossen Mengen verschluckt werden, da es nicht toxisch ist. Die specifische Wirkung des Mittels gegen die Diphtheriebacillen ist in Frankreich verschiedentlich erprobt worden. Die beste Methode würde in einer Combination der Antitoxinbehandlung mit der Dichondrabehandlung bestehen. Das Mittel sollte mindestens einmal täglich angewandt werden; damit sollte so lange fortgefahren werden, bis die bakteriologische Untersuchung keine Diphtheriebacillen mehr finden lässt. LEFFERTS.

82) **J. Ustvedt** (Christiania). **Die Diphtherieprophylaxis. (Difteriprofylaxen.)** *Norsk Magaz. f. Lägevidenskaben. p. 678. 1904.*

Empfiehlt prophylactische Seruminjection. E. SCHMIEGELOW.

83) **A. Jacobsen** (Norwegen). **Die Behandlung der Diphtheritis — präventive Serumeinspritzungen. (Difteriens Behandling — praeventive Serumindspröitninger.)** *Tidskrift for den norske Laegefoerening. 1904.*

J. hat während einer Epidemie 319 Fälle von Diphtheritis im Frederikstader Krankenhaus behandelt. Von diesen starben 11 = 3,45 pCt. Er empfiehlt sehr die präventiven Serumeinspritzungen in die Umgebung von Patienten, die subjectiv vollständig gesund sind, aber fortgesetzt Diphtheriebacillen im Schlunde haben, da man unmöglich einen sonst gesunden Menschen monatelang internirt halten könne, nur weil durch Impfung vom Schlunde aus ständig Diphtheriebacillen nachgewiesen werden konnten. E. SCHMIEGELOW.

84) **B. Garriga** (Barcelona). **Rachen-Kehlkopf-Diphtherie, mit dem Roux'schen Serum geheilt. (Difteria faringo-laringea, curada con al suero Roux.)** *Revist. Cientifica Profesional. März 1904.*

Klinische Beobachtung eines Falles von Diphtherie, der unter rechtzeitiger Serumtherapie glücklich zur Heilung kam, und damit zusammenhängende Schlussfolgerungen. R. BOTEY.

85) **Biernacki** und **Muir. Die intravenöse Antitoxininjection bei Diphtherie. (The intravenous injection of Antitoxin in diphtheria.)** *Lancet. 24. December 1904.*

Die Methode wurde in einigen Fällen nach der Empfehlung von Dr. Cairns (Lancet 20. Dember 1902) befolgt. In der ersten Serie von 7 Fällen starben 5; wogegen in der zweiten Serie von 38 Fällen nur 3 Todesfälle waren. Die Krankengeschichte einiger Fälle ist im Detail gegeben. Verf. glaubt nicht, dass die intravenöse Methode der Injection der subcutanen überlegen ist. ADOLPH BRONNER.

86) **John H. Mc. Collom. Neun Jahre Erfahrung über Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (The experience of nine years in the treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. Juni 1905.*

Aus seinen statistischen Zusammenstellungen zieht Verf. folgende Schlüsse: Das Antitoxin stellt ein Heilmittel von immensem Werth dar und verdient unter die grossen medicinischen Entdeckungen des 19. Jahrhunderts gezählt zu werden. Es soll in einer möglichst frühzeitigen Krankheitsperiode und in schweren Fällen in grossen Dosen gegeben werden. In Fällen von Croup ist die Intubation das Verfahren, das den Vorzug verdient.

EMIL MAYER.

87) **R. Franklin Roger. Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Therapeutic Gazette. 15. April 1905.*

Wenn man Antitoxin zur Immunisirung solcher Personen verwenden will, die nicht direct der Infectionsgefahr ausgesetzt sind, so injicire man 500 I.-E., bei directer Infectionsgefahr 1000 I.-E. und, wenn Symptome bereits erfolgter Infection vorhanden sind, 1500 I.-E.

EMIL MAYER.

88) **Geo F. Cott. Einhundert Intubationen. (A century of intubations.)** *Laryngoscope. Februar 1905.*

Es ist sehr wichtig, zwischen diphtherischer Intoxication und Sauerstoffmangel zu entscheiden und zu wissen, in welchen Fällen Herzschwäche vorliegt. Im letzteren Fall sterben die Patienten stets und die Intubation ist unnöthig. Verf. warnt davor, die Patienten, so lange sie die Tube tragen, feste Nahrung nehmen zu lassen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **Carrasco Fernández** (Madrid). **Theilfractur des Schildknorpels. (Fractura parcial del cartilago tiroides.)** *Gazeta Médica dal Norte. Juni 1903.*

Es handelte sich in dem mitgetheilten Falle um eine Fractur der rechten Knorpelplatte in ihrer ganzen Ausdehnung mit durch die Fragmente gebildetem kleinen vorspringenden Winkel. Die Erstickungsanfälle und der anfänglich vorhandene Bluthusten nahmen allmälig ab.

R. BOTEY.

90) **H. Russell Nolan** (Sydney). **Ein Fall von Verletzung der Hinterfläche der Epiglottis. (A case of injury of the posterior surface of the epiglottis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Februar 1904.*

Die Wunde war ungefähr halb so gross wie ein Dreipennystück; sie war augenscheinlich durch ein scharfes Glasstückchen verursacht, das beim Essen mit heruntergeschluckt worden war. Dass die Wunde an der Hinterfläche sass, spricht für Anderson Stuart's Theorie über die Wirkung der Epiglottis beim Schlucken.

A. J. BRADY.

91) **Burchardt. Bemerkungen über Contusion des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 302.*

Bericht über zwei auf der Fränkel'schen Klinik beobachtete Fälle. In beiden Fällen war eine blutige Infiltration der Stimmlippe und ihrer Umgebung

sichtbar, die Beweglichkeit der Stimmlippe beschränkt, die Stimme heiser; die Veränderungen gingen in 8, bezw. 6 Tagen zurück. Wichtig ist, dass in dem einen Falle die entzündlichen Erscheinungen im Kehlkopfinnern erst 36 Stunden nach der Verletzung auftraten, um an den beiden folgenden Tagen an Intensität zuzunehmen.

F. KLEMPERER.

92) **Frank W. Smithies. Dislocation des Schildknorpels. (Dislocated thyroid cartilage of the larynx.)** *Journal of the American Medical Association. 1. Juli 1905.*

Bei dem 20jährigen Patienten war infolge eines Schlages auf den Hals der Schildknorpel derart dislocirt worden, dass er von seinem Sitz auf den Ringknorpel hinabgestiegen war. Gleichzeitig hatte eine Rotation in verticaler Richtung stattgefunden, und zwar von links nach rechts, infolge dessen die rechte Platte tiefer stand als die linke. Der Knorpel konnte im Ganzen beträchtlich bewegt werden, jedoch verursachte auch die kleinste Bewegung dem Patienten unerträgliche Schmerzen. Beim Schlucken war die verticale Excursion des Knorpels geringer als normal. Es konnte längs des vorderen Winkels keine Crepitation gefühlt werden, noch konnten die beiden Platten unabhängig von einander bewegt werden. Der untere Schildknorpelrand stand ungefähr 0,6 cm tiefer als normal.

Die laryngoskopische Untersuchung war sehr erschwert, weil der Patient den Mund nicht lange offen halten konnte; auch störte fortwährendes Husten. Man konnte sehen, dass die Stimmbänder sich mangelhaft bewegten.

Die Behandlung bestand darin, dass mittels geeigneter Manipulationen der Schildknorpel wieder in seine normale Stellung auf den Ringknorpel hinaufgeschoben wurde. Gleichzeitig wurde eine verticale Rotation ausgeführt von rechts nach links nebst seitlichem Druck, bis die Cricothyreoid-Articulation gefühlt wurde. Vorher war die ganze Kehlkopfregion am Halse mit Jodtinctur gepinselt worden. In der richtigen Lage wurde der Knorpel durch Wattebäusche, die mit Heftpflasterstreifen befestigt waren, gehalten. Gleichzeitig Bettruhe, Eisschlucken, flüssige Diät.

EMIL MAYER.

93) **J. M. Ray. Geschwülste im Kehlkopf. (Growths in larynx.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. April 1905.*

Ein höchst mangelhaft berichteter Fall ohne mikroskopische Untersuchung, ohne genaue Angabe des Sitzes der Geschwulst. Der Tumor wurde nach vorausgegangener Tracheotomie entfernt, und es wird hervorgehoben, dass nach einer Woche noch kein Recidiv vorhanden war. (! Ref.)

EMIL MAYER.

94) **Charles H. Knight. Gutartige Kehlkopfgeschwülste. (Benign neoplasms of the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Verf. erörtert zuerst die Frage von der Transformation gutartiger Kehlkopfgeschwülste; er steht auf dem Boden der durch die Semon'sche Sammelforschung allgemein gewonnenen Ansicht. Sodann wird die Behandlung nach den üblichen Principien besprochen.

EMIL MAYER.

95) **Edm. Meyer** (Berlin). **Ueber die Indication endolaryngealer und äusserer chirurgischer Eingriffe am Kehlkopf im Kindesalter.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 26. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortragender spricht sich für die endolaryngeale Methode als der normalen bei Entfernung von gutartigen Tumoren im Kindesalter aus.

Demonstration dreier von multiplen Papillomen geheilter Kinder und eines Knaben, bei dem Thyreotomie wegen Blutungsgefahr zwecks Exstirpation eines den ganzen Larynx ausfüllenden cavernösen Angioms ausgeführt worden war.

ALBANUS (ZARNIKO).

96) **B. Fränkel** (Berlin). **Demonstration eines Chondroms des Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 15. Vereinsbeilage. 1904.*

Das Präparat rührt von einem 50jährigen Manne her. Vor 5 Jahren Schluckbeschwerden, seit 2 Jahren Heiserkeit. Athembeschwerden. Geringer Stridor. Kehlkopflumen von hinten und rechts durch knorpelharte, mit blasser Schleimhaut bedeckte Geschwulst fast ausgefüllt. Operation durch totale Exstirpation des Kehlkopfes. Befinden des Patienten gut. Hinweis auf die über diesen Gegenstand im 10. Bande des Archivs für Laryngol. erschienene Arbeit des Dr. Alexander (Berlin).

ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Luigi Leto. Ein dem rechten Stimmband aufsitzendes Angiofibrom in amyloider Degeneration. (Angio-fibroma in degenerazione amiloide impiantate sulla corda vocale destra.)** *Arch. Ital. di Laringologia. III. 1905.*

Der Fall betrifft eine 58jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung des endolaryngeal entfernten Tumors ergab unter dem Pflasterepithel ein fibrilläres Gewebe, zwischen dessen Maschen zahlreiche Gefässe verliefen. Diese Maschen waren von einer homogenen Substanz erfüllt. Das Centrum des Tumors war von weiten Bluträumen eingenommen. Das Gefässendothel war theilweise degenerirt; bei manchen Endothelzellen war das Protoplasma in eine körnige Masse umgewandelt, die, da die Zellmembran zerstört war, ohne bestimmte Grenzen diffundirt war, andere Endothelzellen waren nur auf den Kern reducirt, während noch andere den Endothelcharakter völlig verloren hatten und sich als homogene lichtbrechende Körper darstellten. Es fanden sich die für Amyloid charakteristischen metachromatischen Reactionen: so gab die Färbung mit Gentianaviolett sehr deutlich die rubinrothe Reaction. Verf. stimmt mit den von Martuscelli und Pacinotti aufgestellten Ansichten überein, wonach diese Degenerationen rein localer Natur sind, dass sich fast stets Degenerationen des Bindegewebes und des Gefässendothels finden, dass auch nur eins oder das andere der Fall sein kann und dass Amyloidkörper sich leicht sowohl im Bindegewebe wie im Endothel vorfinden.

FINDER.

98) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Eine eigenartige Degeneration eines Kehlkopfpapilloms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 357.*

Gutartige Geschwulst von grauweisslicher Farbe, zart punktirt; „sie trug einen eigenthümlich matten Anstrich, was sie einem Bimstein ähnlich machte“. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Papillom mit einer eigenartigen De-

generation, die Verf. als schwammige bezeichnet. Als Cardinalsymptome der schwammigen Degeneration beschreibt er: Schwund des Protoplasmas, Schrumpfung und Ausfall des Kerns, Extension und Verdünnung der Zellwände; es kommt dadurch zur Bildung eines schwammigen Netzes ohne jegliche Spur von Protoplasma und Kern.

F. KLEMPERER.

99) **Durante** (Valencia). **Neues Verfahren der Laryngectomie. (Nuovo proceder de Laringectomie.)** *Valencian de Cienc. Méd. No. 84. 1904.*

Behufs Vermeidung von Wundinfection, hypostatischer Pneumonie etc. durch herabsteigenden Schleim und Speichel hat Verf. die Bildung eines Hautlappens erdacht, welcher zur Deckung des entblössten Pharynx-Oesophagus-Zwischenraumes dient. Siehe nähere Beschreibung im Original.

R. BOTEY.

100) **R. Forns** (Madrid). **Der Kehlkopfkrebs und seine Beziehung zu den Lebensversicherungs-Gesellschaften. (El cáncer laringeo en relación con las sociedades de seguros sobre la vida.)** *Revist. de Especialid. No. 5. Juni 1904.*

Veranlasst durch einen Fall seiner Beobachtung, in welchem ein mit einer hohen Summe Versicherter 3 Monate nach Ausstellung des Gesundheitszeugnisses an Kehlkopfkrebs starb, plädirt F. für hinreichende laryngologische Kenntnisse der Versicherungsärzte, da gerade der Kehlkopfkrebs bei den Untersuchungen übersehen werden kann.

R. BOTEY.

101) **E. Botella** (Madrid). **Einige Betrachtungen über die erste von Dr. Abelardo Horet in Valencia ausgeführte Kehlkopf-Exstirpation. (Algunas reflexiones sobre la primera exstirpacion de la laringe, practicada en Valencia por al Dr. Abelardo Horet.)** *Boletin de Laringol. etc. No. 19. 1904.*

Verf. beurtheilt in scharfer Weise den Exclusivismus Horet's in der Behandlung des Kehlkopfkrebses, der ausser der totalen Laryngotomie alle anderen Behandlungsverfahren für zwecklos erachtet. Nach Verf. müssen in jedem einzelnem Falle die klinische Beobachtung, das Mikroskop und besonders das Laryngoskop für jedes einzuschlagende Verfahren entscheiden.

R. BOTEY.

102) **E. Botella** (Madrid). **Gegenwärtiger Stand der verschiedenen zur Heilung des Kehlkopfkrebses angewandten Behandlungsmethoden und ihre Ergebnisse. (Estado actual de los diferentes tratamientos empleados para la curación del càncer de la laringe y sus resultados.)** *Boletin de Laringol. etc. No. 20. 1904.*

Eingehende Besprechung der verschiedenen operativen Behandlungsmethoden, sowohl endolaryngealen wie extralaryngealen, mit Angabe der statistischen Ziffern, betreffend die Recidive, Heilungs- und Todesfälle bei jedem angewandten Verfahren. B. bespricht auch die sogenannte „medicinische" Behandlung des Kehlkopfkrebses, Anwendung des Adrenalins und der Serumtherapie, sowie der Röntgenstralen. Hinsichtlich der Einwirkung des Radiums kann wegen der kurzen Zeit seit der Entdeckung noch kein hinreichendes Urtheil gefällt werden.

R. BOTEY.

103) **Alexander Strubell** (Dresden). **Zur Casuistik des Larynxcarcinoms.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1904.*

Bericht über 3 Fälle von Larynxcarcinom. Der erste Fall bot ein Larynx-

carcinom bei einem 75jährigen Manne, das von einem primären, früher operirten Schilddrüsenkrebs secundär auf den Kehlkopf übergegangen war. Der zweite Fall, ein circa pflaumengrosser, von der linken Plica epiglottica ausgehender Tumor, wurde nach vorheriger Tracheotomie radical operirt, wobei bei Mangel von jeglicher Drüseninfiltration der gut abgegrenzte Tumor vollkommen entfernt werden konnte. Patient erlag indess 5 Monate nach der Operation einer bereits früher bestandenen Bronchitis. Der dritte Fall zeigte ein secundäres Carcinom des Pharyngo-Larynx als Metastase eines Carcinoma ventriculi, welch letzteres erst durch die Larynxbeschwerden, die Patientin zum Arzte führten, zur Diagnose kam.

HECHT.

104) **v. Navratil** (Ofen-Pest). **Ueber die Indicationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 76. H. 3. 1905.*

Die Indicationen nach v. Navratil lauten: 1. Die endolaryngeale Operation ist in den seltenen Fällen indicirt, wenn der Krebs nur ein in Form eines kleinen Knötchens auftritt, vollkommen umschrieben ist, weder Fixation noch Metastasen erzeugt hat. 2. Die Entfernung einzelner Theile des Kehlkopfes ohne Narkose und vorherige Tracheotomie, bloss bei localer Anästhesie mittels Laryngofissur ist angezeigt, wenn sich der Krebs bei der Probeexcision als nicht verhornter Plattenepithelkrebs erwies, als inneres Carcinom in geringer Ausdehnung und wenn er auch in diffuser Form auftrat, weder Fixation noch Metastasen erzeugte und der zu exstirpirende Theil kleiner ist als ein Drittel des Kehlkopfes. 3. Die partielle Laryngectomie in Narkose und mit präventiver Tracheotomie auf dem Wege der Laryngofissur ist angezeigt, wenn der Krebs in der Art des Plattenepithelkrebses oder des Basalzellencarcinoms als innerer Krebs auftritt, noch keine Metastasen erzeugt hat und es nicht nöthig ist, viel mehr als die Hälfte des Kehlkopfes zu exstirpiren. 4. Die Totalexstirpation des Kehlkopfes ist indicirt im Anfangsstadium des verhornten Epithelioms und des medullären Carcinoms, bei ausgebreitetem Plattenepitheliom, wenn Metastasen weder in Drüsen noch in anderen Organen nachweisbar sind.

SEIFERT.

105) **C. Compaired** (Madrid). **Fremdkörper im Kehlkopfe. (Cuerpo extrano en la laringe.)** *Revist. de Medicin. y Cirug. Prátic. No. 14. Mai 1904.*

Ein interessanter Fall von Fremdkörper bei einem 14monatlichen Kinde; ersterer verweilte bereits seit 3 Monaten im Kehlkopfe, bevor er Athmungs-, Stimm- etc. Störungen hervorgerufen hatte, und bestand aus Theilen vom Pfropfen einer Saugflasche.

R. BOTEY.

106) **C. Compaired** (Madrid). **Langes Verweilen eines Fremdkörpers im Kehlkopfe bei einem 14monatlichen Kinde. (Larga permanencia de un cuerpo extrano en la laringe de una nina de catorce meses.)** *El Siglo Médic. October 1904.*

Das Kind ertrug den Fremdkörper, ein knöchernes Scharnier, welches für die Saugflaschen verwendet wird, länger als 3 Monate, ohne Krankheitssymptome zu zeigen. Erst nachher führten Husten und Athmungsstörung zur Diagnose und zur Extraction des Fremdkörpers.

R. BOTEY.

107) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen). **Corpus alienum laryngis.** *Hospitals-Tidende. 22. Februar 1905.*

Ein 3jähriger Knabe fiel im Juni 1904 beim Spielen um, wurde plötzlich aphonisch und die Respiration wurde stenotisch. 14 Tage später wandten sich die Eltern an den Arzt und er wurde am 2. Juli wegen Respirationsschwierigkeit ins Krankenhaus aufgenommen. Am 4. Juli Tracheotomia inferior. Er wurde in der folgenden Zeit regelmässig untersucht, ohne dass man irgend einen Fremdkörper entdeckte. Am 21. August rief man B. Der Knabe konnte durch den Larynx durchaus keine Luft holen, während eine Sonde mit Leichtigkeit sowohl oberhalb als unterhalb der Tracheotomiewunde durch die Kehle geführt werden konnte. Bei der Digitalexploration gelang es, im Sinus Morgagni dexter einen Fremdkörper zu fühlen und in zwei Reprisen in der Narkose, während man den Kopf des Kindes stark nach hinten hielt, ein grosses Stück galvanisirten Eisendrahtes zu entfernen. Im September entfernte man die Canüle und im November war er vollständig normal.

E. SCHMIEGELOW.

108) **Rabot** (Lyon). **Ascaris lumbricoides in der Trachea. (Ascaride lombricoide dans la trachée.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 9. Septbr. 1904.*

Es handelte sich um ein an Diphtherie erkranktes Kind, das zuerst intubirt, dann tracheotomirt wurde, ohne dass die Dyspnoe abnahm. Man sah dann einen Ascaris in der Canüle erscheinen, und als der Parasit entfernt war, athmete das Kind gut.

PAUL RAUGÉ.

109) **Morales Perez** (Madrid). **Ein während vierzig Tagen im rechten Bronchus lagernder und spontan entfernter Fremdkörper. (Cuerpo extrano introducido en el bronquio derecho durante cuaranta dias y expulsado espontáneamente.)** *El Siglo Médic. No. 26, 47. 1904.*

Der mitgetheilte Fall betraf ein 8jähriges Mädchen. Im Anschluss daran bespricht Verf. die Vortheile der Radioskopie und die Nothwendigkeit, sich mit chirurgischen Eingriffen zweifelhaften Werthes nicht zu sehr zu beeilen, sofern nicht ernste Complicationen vorlägen.

R. BOTEY.

110) **M. W. Willis. Fall von Entfernung eines Fruchtkerns, der fünf Tage lang im rechten Bronchus gesessen hatte. (A case of removal of a fruit stone which had been lodgod in the right bronchus for five days.)** *Lancet. 10. December 1904.*

Die 4jährige Patientin wurde vier Tage, nachdem sie den Fremdkörper verschluckt hatte, tracheotomirt. Es bestand etwas Fieber, die Athemgeräusche waren auf der rechten Seite abgeschwächt; es bestanden häufige Anfälle von leichter Dyspnoe. Die Trachea wurde unterhalb des Isthmus der Schilddrüse eröffnet. Der Stein wurde mittels einer Zange aus dem rechten Bronchus entfernt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

111) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie zur Entfernung eines Kragenknopfes aus der Lunge. (Bronchoscopy for the removal of a collar botton from the lungs.)** *Illinois Medical Journal. Mai 1905.*

Es wurde eine Masse entfernt, in der — wie der Verf. glaubt — der Fremd-

körper enthalten war. Eine Untersuchung darüber wurde nicht angestellt; da der Patient aber unmittelbar nach der Entfernung jener Masse durch die Bronchoskopie hergestellt war, so erklärt sich Verf. mit dieser Thatsache zufrieden.

EMIL MEYER.

112) **H. H. Germain. Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in the bronchus.)** *Journal of the American Medical Association. 8. Juli 1905.*

Ein 21 Monate altes Kind aspirirte einen Fruchtkern, 4 Tage später wurde die Tracheotomie gemacht und nach 5 Tagen wurde ein 25 cm langes Endoskop durch die Tracheotomiewunde eingeführt. Man sah den Fremdkörper im rechten Bronchus; er konnte mittels Zange leicht entfernt werden. Die Tracheotomiecanüle wurde 48 Stunden lang liegen gelassen, dann für kurze Zeit und nach einigen Tagen definitiv entfernt. Nachdem das Kind noch eine schwere Bronchopneumonie durchgemacht hatte, genas es völlig.

EMIL MAYER.

113) **Nowotny. Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Bronchien. (Przyczynek do kazuistyke cial obcych w osknelach i tcha wicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 25. 1905.*

Bei einem 9monatlichen Kinde entfernte Verf., nachdem plötzliche Dyspnoe entstanden, einige Tage später mittels Tracheoskopie einen Fremdkörper, welcher im unterem Theile der Trachea und oberen Theile des rechten Bronchus eingekeilt war. Der Fremdkörper wurde mittels Pincette entfernt und erwies sich als ein viereckiges, ungefähr 1 cm langes Knochenstück mit scharfen Rändern. Das Kind starb einige Tage darauf bei bestehender Athemnoth. Die Autopsie erwies ein Decubitusgeschwür, welches über die ganze innere Fläche des Kehlkopfs sich ausbreitete; ein Theil der Cricoidknorpel fehlte gänzlich. Das Geschwür entstand nach Verf.'s Ansicht infolge von Druck des Fremdkörpers, welcher wahrscheinlich zuerst in dem Kehlkopfe eingekeilt war, bevor er unten in die Trachea rutschte.

Im zweiten Falle, ein halbjähriges Kind betreffend, welches infolge 3 Monate lang bestehender Dyspnoe tracheotomirt wurde, entfernte Verf. mittels Tracheoskop eine Apfelschale, welche gänzlich den unteren Theil der Trachea obturirte; trotzdem das Athmen frei wurde, starb das Kind infolge eitriger Pneumonie.

A. v. SOKOLOWSKI.

114) **Albert Thost** (Hamburg). **Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien.** *Mit 2 Röntgentafeln und 2 Abbild. im Text. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1905.*

In dem ersten Falle — Aspiration „einer dünnen Blechhülse von einem gewöhnlichen Federhalter" bei einem 8jährigen Knaben — gelang die Extraction nicht. Der Patient starb an Lungenödem. Im zweiten Falle — Aspiration einer eisernen Schraube in den linken Bronchus bei einem 3jährigen Knaben — wurde der Fremdkörper nach vorheriger Tracheotomie mittels des Elektromagneten entfernt. Anschliessend epikritische Erörterungen über beide Fälle, die sich zu kurzem Referate nicht eignen, technische Hinweise, betreffs des geeignetsten Instrumentariums und Angabe neuer Instrumente, die in der Arbeit abgebildet sind. Ausser den bisher üblichen Extractionsmethoden, der noch selten angewand-

ten Extraction mittels des Elektromagneten, erörtert Thost die Extractionsmöglichkeiten durch Anleimung oder Ankittung an das mit einem Klebestoff armirte Instrument, des Ferneren die Entfernung geeigneter Fremdkörper durch Aspiration. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. HECHT.

115) **Hermann von Schrötter** (Wien). **Klinischer Beitrag zur Bronchoskopie.** *Mit 7 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1905.*

Bericht über zwei mittelst directer, oberer Bronchoskopie entfernter Fremdkörper. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein aspirirtes Stückchen Lorbeerfrucht mit consecutiver Bildung bronchiectatischer Herde und pneumonischer Erscheinungen. In dem zweiten Falle wurde bei einem $4^3/_4$jährigen Knaben ohne allgemeine Narkose in sitzender Stellung ein eiserner Tapezirernagel, der bereits von einem Granulationswall umgeben war, mittels Pincette entfernt, nachdem ein vorheriger Versuch der Extraction mittels des Magneten nicht zum Ziel geführt. Anschliessend epikritische und technische Erörterungen. HECHT.

f. Schilddrüse.

116) **Stefano Balp. Statistische und ätiologische Daten über die Endemie von Kropf und Kretinismus in der Provinz Turin. (Dati statistici ed eziologici sull'endemia gozzo-cretinica nella provincia di Torino.)** *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino. April 1904.*

Auf Grund seiner sorgfältigen und ausführlichen Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Insufficienz der Schilddrüse stellt die Ursache des Kropfs und des Cretinismus dar. Die Krankheit hat einen endemischen Charakter, jedoch mit ausgesprochenen epidemischen Wiederholungen. Die Krankheit und ihre Folgen sind beim Erwachsenen leicht, sehr schwer dagegen, wenn sie angeboren oder in der Kindheit erworben ist oder bei einem erblich Belasteten vorkommt; sie hat die besondere Eigenschaft, die Intelligenz des Kindes auf dem Standpunkt festzuhalten, auf dem dieses beim Eintritt der Krankheit sich befand. Die Heredität beeinflusst zwar in hohem Grade die Schwere der Infection, sie ist aber nicht deren ausschliessliche oder nothwendige Ursache. Eine Hyperactivität der Schilddrüse (jugendliches Alter, wiederholte Schwangerschaften) prädisponiren zur Erkrankung. Die schlechten hygienischen Verhältnisse, das Leben in feuchten, dunklen Räumen tragen zur Entwickelung der Krankheit bei. Der Haupttträger der Infection ist das Trinkwasser. Ursache der Infection ist eine infectiöse Substanz, die nicht an die Verhältnisse des Bodens gebunden ist, noch in diesem existirt, sondern zufällig dahin gelangt und von dem Boden in oberflächlich gelegenes Wasser, Quellen etc. gelangt. Die Thyreoidtherapie giebt gute Resultate, wenn sie bei Kranken ausserhalb von Orten, wo Cretinismus endemisch ist, angewandt wird. Das Geheimniss der Behandlung des endemischen Kropfs und Cretinismus besteht in Luft, Licht, Reinlichkeit, Reform der Wasserversorgung.

FINDER.

117) **L. B. Barker** und **Andre. Ueber Morbus Basedow. (On exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical News. 26. April 1905.*

In einer gemeinschaftlichen Sitzung der Chicagoer Neurologischen Gesellschaft und der Chicagoer Medicinischen Gesellschaft wurden die Symptome und Behandlung des Morbus Basedow in freier Discussion erörtert.

Mettler constatirte bei der Besprechung der larvirten Formen der Krankheit, dass nach Ansicht einiger der Morbus Basedow eine seltene, nach der Ansicht anderer eine häufige Affection sei. Das kommt daher, dass die Definition der Krankheit noch Schwankungen unterliegt. Eine Tabelle der sogenannten Symptome weist über 75 klinische Erscheinungen auf. Verf. theilt diese Symptome in: a) typische, b) zweifelhafte Symptome und c) Complicationen und Begleiterscheinungen.

Graddle erörtert die Augensymptome beim Morbus Basedow.

Mix berichtet über zwei sehr schwere Fälle.

LEFFERTS.

118) **R. Dürig** (München). **Ein Beitrag zur Serumbehandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1905.*

Verabreichung des Serums in grossen Dosen (bis zu 150—210 gtt. pro die) mit positivem Erfolg, jedoch mehrfaches Auftreten von Complicationen (Kopf- und Kreuzschmerzen, Mattigkeit, Uebelkeit, Ansteigen der Pulsfrequenz, Schmerzen in der Nierengegend, Gedächtnissschwäche etc.), die nach Aussetzen der Medication wieder verschwanden.

HECHT.

119) **Peters** (Bad Petersthal in Baden). **Drei Fälle von Morbus Badedowii.** *Münch. med Wochenschr. No. 11. 1095.*

Casuistische Mittheilung dreier Fälle, von denen einer spontan sich besserte, die beiden anderen auf Verabreichung von Antithyreoidin Moebius deutliche Besserung erkennen liessen.

HECHT.

120) **Georg Lomer** (Neustadt in Holstein). **Antithyreoidin Moebius bei Basedow'scher Krankheit mit Psychose.** *Mit 1 Sphygmogramm. Münch. medic. Wochenschr. No. 18. 1905.*

Bei einer an chronischer Psychose leidenden Patientin trat ein acuter Basedow ein, dessen Erscheinungen sich auf Antithyreoidin-Verabreichung sehr rasch zurückbildeten, nach Aussetzen des Serums jedoch theilweise wieder in Erscheinung traten.

HECHT.

g. Oesophagus.

121) **Sir Williams Collins. Fall von erfolgreicher Extraction von Münzen aus dem Oesophagus. (Case of successful extraction of coins from the oesophagus.)** *Lancet. 10. December 1904.*

Der $4^1/_2$jährige Knabe gab an, ein Pennystück verschluckt zu haben. Er konnte Flüssigkeiten, aber keine festen Speisen schlucken. Ein Röntgenbild zeigte den Fremdkörper in Höhe des 3. bis 4. Rückenwirbels. Unter Chloroformnarkose wurden zwei Halbpennystücke mit dem Münzenfänger entfernt.

ADOLPH BRONNER.

122) **Nowotny. Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im Oesophagus. (Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w przełyku.)** *Przeglad Lekarski. No. 25. 1905.*

Bei einem 5jährigen Kinde, welches vor 7 Monaten einen Metallknopf hinuntergeschluckt hatte, entdeckte Verf. denselben mittelst Oesophagoskopie im oberen Theile des Oesophagus. Das Kind begann darauf zu fiebern, es entstand Athemnoth und Emphysema subcutaneum colli. Bei zunehmender Dyspnoe schritt N. zur Tracheotomie und überzeugte sich darauf später mittelst Tracheoskops, dass die Trachea frei war. Das Kind starb bald darauf. Bei der Autopsie wurde der Knopf im Oesophagus entdeckt und nebenbei ein Decubitusgeschwür mit Durchbruch des Oesophagus ins Cavum mediastini mit folgender gangränöser Mediastinitis, Pneumothorax und Pleuritis septica. Im zweiten Falle, bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde, bei welchem eine Kupfermünze (2 Kopeken) im Oesophagus eingekeilt war, wurde dieselbe mittels Oesophagoskops in den Magen hinuntergedrängt. Im dritten Falle, ein Knochenstück im oberen Theile des Oesophagus bei einer 26jährigen Frau eingeklemmt, wurde dasselbe vom Verf. mittelst Oesophagoskops glücklich entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

123) **Peissonier** (Lyon). **Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 22. Februar 1905.*

Es handelte sich um ein seit 3 Tagen verschlucktes Knochenstück. Die Oesophagoskopie und Radioskopie ergaben kein befriedigendes Resultat. Ein Versuch der Extraction per vias naturales wurde nicht gemacht. Zwei Tage nach dem Verschlucken des Fremdkörpers stieg die Temperatur auf 39°, und nun entschloss man sich zur Oesophagotomia externa. Nach Eröffnung der Speiseröhre fand man den Knochen in der Schleimhaut eingebettet, ungefähr oberhalb des Ringknorpels. Während der Zeigefinger in den Rachen eingeführt wurde, um den Larynx zu fixiren, wurde der Fremdkörper mobilisirt und mittels einer durch die Oesophagotomiewunde eingeführten Pincette extrahirt. Seidennaht der Oesophaguswand und der Haut. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

124) **Hugo Starck** (Heidelberg). **Fremdkörperextraction im Oesophagus.** *Mit 3 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Bericht über vier einschlägige Fälle nebst Besprechung der Technik.

HECHT.

125) **Albert Reizenstein** (Nürnberg). **Die Diagnose und Extraction von Fremdkörpern der Speiseröhre mit dem Oesophogoskop.** *Mit 4 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Bericht über sechs einschlägige Fälle, Besprechung der Diagnose und Technik.

HECHT.

126) **Otto Franck** (Langenhagen). **Ueber Oesophagusaufblähung zur Beseitigung eines Fremdkörpers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Auf hoher See trat bei einem Patienten, der „einen offenbar stricturirten oder durch Divertikelbildung unwegsam gemachten Oesophagus" besass, eine Ein-

klemmung eines verschluckten grossen Fleischbissens im Oesophagus ein. Von Instrumenten stand nur die Sonde zur Verfügung, die aber bei der hochgradigen Schleimhaut-Reflexerregbarkeit des Patienten, der ausserdem noch an Arteriosklerose litt, nicht eingeführt werden konnte. Alle anderen angewandten Mittel versagten gleichfalls. Autor „mischte nun die Componenten zweier Brausepulver getrennt mit wenig Wasser und gab sie dem Patienten mit der Weisung, sie rasch hintereinander zu trinken und auf keinen Fall aufzustossen". Nach dem Hinunterschlucken wurden Mund und Nase krampfhaft zugehalten, und hierdurch gelang es den Verschluss der Speiseröhre zu beseitigen, indem „das sich entwickelnde Gas den vollkommen die Lichtung abschliessenden Bissen wie den Pfeil in einem Pustrohre vor sich herschob" und in den Magen hinabtrieb. HECHT.

127) **Franz Ehrlich** (Stettin). **Entfernung eines Knochensplitters aus der Speiseröhre im Oesophagoskop durch „untere Oesophagoskopie".** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Entfernung eines 3,3 cm langen, rhombischen, spitzen Knochensplitters aus der Cardia durch die Oesophagotomiewunde nach vorheriger Oesophagotomie statt Laparotomie und Eröffnung des Magens. Vollkommene Heilung und Arbeitsfähigkeit. Eine Extraction durch das Oesophagoskop vom Munde aus hatte sich als unmöglich erwiesen. HECHT.

128) **J. T. Bogle. Fall von Extraction einer Münze aus dem Oesophagus. (Case of extraction of a coin from the oesophagus.)** *Lancet. 4. Februar 1905.*

Ein 5jähriger Knabe verschluckte ein 10 Centesimistück, erbrach danach 24 Stunden lang. Während der nächsten 5 Tage konnte er flüssige und halbfeste Nahrung nicht leicht schlucken. Die Athmung war normal, die Stimme war etwas heiser. Die Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper im Oesophagus gerade hinter dem Manubrium sterni; er wurde mittels des Münzenfängers in Chloroformnarkose extrahirt. ADOLPH BRONNER.

129) **H. Douglass Stephens** (Melbourne). **Ein Halbpennystück 76 Tage lang in der Speiseröhre. (Case of half-penny in the oesophagus for seventy-six days.)** *Australasian Gazettte. 1905.*

Ein 5jähriger Knabe wurde in das Kinderkrankenhaus gebracht in der Annahme, dass er an adenoiden Vegetationen leide; es waren Athembeschwerden, besonders während des Schlafes vorhanden; beim Athmen hörte man ein lautes pfeifendes Geräusch, das scheinbar aus der Nase kam. Die Untersuchung ergab nichts Abnormes. Auf Fragen gab er zu, eine Münze verschluckt zu haben. Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper in Höhe des oberen Sternalrandes. Extraction mittels des Münzenfängers. A. J. BRADY.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XII. Versammlung Süddeutscher Laryngologen, Heidelberg.

Pfingsten, 12. Juni 1905.

Officieller Bericht des Schriftführers Dr. F. Blumenfeld, Wiesbaden.

(Der ausführliche Verhandlungsbericht erscheint bei Stuber [C. Kabitzsch] in Würzburg.)

Vorsitzender: Avellis (Frankfurt a. M.).

Aus der Geschäftssitzung sei hervorgehoben, dass die Versammlung beschloss, eine frühere Resolution betreffs laryngologischer resp. oto-laryngologischer Sectionen auf internationalen Congressen und Naturforscherversammlungen aufrecht zu erhalten, also in dem Sinne, dass eine Trennung dieser Sectionen und deren Selbstständigkeit gefordert wird.

Wissenschaftliche Sitzung.

O. Seifert: Nachbehandlung der Adenotomie.

Der wichtigste Punkt der Nachbehandlung ist die Beseitigung der abnormen Mundathmung, auf die noch immer nicht genügendes Gewicht gelegt wird und die auch in der Literatur im Allgemeinen wenig Beachtung findet. Der Operirte soll systematische Athmungsübungen bei geschlossenem Munde machen, und zwar je zehn tiefe Athemzüge, dann eine Pause, im Ganzen etwa fünfzig Athemzüge. Der Zweck dieser Uebungen, das Wiedereintreten der Nasenathmung, wird unter Umständen schon in acht Tagen, manchmal erst in Monaten erreicht. S. hat in langjähriger Praxis noch niemals von Mundschliessern Gebrauch gemacht.

Discussion:

Barth ist gegen jede Anästhesie bei Mandelentfernung.

Siebenmann weist auf anatomische Verhältnisse hin, welche das Wiedereintreten der Nasenathmung nach der Adenotomie erschweren können.

v. Eicken warnt vor aller Verwendung des Cocain bei Entfernung der Rachenmandel.

Krebs empfiehlt das Jod zur Vermeidung von Recidiven.

Schröter, Zahnarzt (Kassel): Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere.

Eine anormale Zahnstellung kann dadurch, dass der senkrechte Kaudruck in einen mehr schrägen oder seitlichen verändert wird, Verschiebungen des Oberkiefers, harten Gaumens, Nasenbodens, Nasenseptums etc. bedingen. Diese Verschiebungen bedingen symmetrische oder asymmetrische Nasenenge, das Septum kann eine Verbiegung erleiden. Diese Anschauung macht Sch. zur Grundlage seiner Therapie, indem er durch mechanische Einwirkung auf die Zahnstellung die vorhandene Deviation des Septums und Enge der Nasenhöhle auszugleichen versucht.

Discussion:

Vohsen begrüsst es, dass die schon in die weitere Oeffentlichkeit gedrungenen Behauptungen des Vorredners der Kritik der Rhinologen unterbreitet werden. Der Gaumen kann allerdings, wie die vorgelegten Präparate beweisen, durch Maschinen verbreitert werden. Eine Verflachung und Herabdrückung der Gaumenkuppe, mithin der Ausgleich einer Deviation oder Erweiterung der Nasenhöhle findet nicht statt. Auch die Fortpflanzung des Kaudruckes im Oberkiefer etc. spielen sich nicht in der vom Vortragenden behaupteten Weise ab.

Siebenmann schliesst sich den Ausführungen des Vorredners an, bestätigt die Erfahrungen des Vortragenden nur insoweit es sich um Besserung der der Nasenathmung durch orthopädische Behandlung des offenen Bisses handelt. Jedoch ist seine Erklärung dieser Besserung nicht die des Vortragenden.

Killian: Die traumatischen Fälle von Verschiebungen der Nasenscheidewand müssen ausscheiden. Es ist das vom Vortragenden nicht geschehen. Die Rhinologen sind nicht der Ansicht, dass Zahnstellung primär, die Stellung der Nasenscheidewand secundär ist.

Waldmann kann sich den Ausführungen des Vortragenden nicht anschliessen.

Behrendt weist auf die Rolle, welche der Muskeldruck hier spielt, hin.

Ferner: Bloch und Mink.

Winkler: Die Laryngofissur nach Semon's Vorschrift.

W. berichtet über vier seit 1903 weiter nach dieser Methode operirte Fälle. Aethernarkose ist nicht rathsam, Chloroform (Morphium) vorzuziehen. Hautschnitt vom Zungenbeim bis Sternum, Freilegung des Kehlkopfgerüstes und oberen Trachealringes, Spaltung der Trachea, Schwammcanüle. Die von Semon angegebene Operationspause von 10 Minuten hat W. nicht immer genügt, um einen sicheren Abschluss zu erzielen. Spaltung der Trachealknorpel, Application von Cocain und Adrenalin auf die Kehlkopfschleimhaut, Entfernung des Erkrankten mit Cowper'scher Scheere, Raspatorium etc., sorgfältige Blutstillung und Naht der Kehlkopfwunde. Die Hauptschwierigkeit der Operation besteht darin, dass die Fragen: 1. wie weit sich die Schildknorpelplatten, ohne nachträgliche Ernährungsstörungen zu erleiden, entblössen lassen; 2. wann man sofort zur Entfernung des Knorpels, bezw. zur halbseitigen Kehlkopfexstirpation schreiten muss, und 3. wie weit überhaupt die erkrankten Schleimhautduplicaturen aus dem Innern des Larynx ohne nachträgliche Stenose entfernt werden können, noch gänzlich unbeantwortet und überhaupt noch nicht discutirt sind. Bericht über die Fälle.

Discussion:

Semon: Besprechung technischer Einzelheiten. In Bezug auf die Frage, ob nur in weichen Theilen operirt werden soll oder Theile des Knorpelgerüstes zu entfernen sind, muss streng individualisirt werden. Bei Carcinom ist die Frühdiagnose die Hauptsache. S.'s dauernde Erfolge stehen über 80 pCt.

Hansberg: Laryngotomie bei Kehlkopftuberculose.

Bericht über drei Fälle von Heilung nach dieser Operation. Tracheotomie lässt Hansberg einige Zeit der Kehlkopfoperation vorausgehen. In dem einen

Falle hat die Heilung 15 Jahre angehalten. Bei sorgfältiger Auswahl der Fälle ist die Thyreotomie bei Kehlkopftuberculose angezeigt.

Discussion:

Barth: Auch die Kehlkopfexstirpation kann bei Tuberculose angezeigt sein.

Jessen: Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht.

Bericht über gute in Davos erzielte Erfolge dieser Methode.

Discussion: Aronsohn.

Blumenfeld weist auf die Bedeutung der chirurgischen Behandlung hin.

Siebenmann: Demonstration der Kehlköpfe mehrerer osteomalacischer Frauen.

Fehlen der Verknöcherung in den Kehlkopfknorpeln, das auf dem Skiagramm deutlich wird.

Albert Rosenberg: Ueber einseitige Stimmbanderkrankungen.

Solche sind zweifellos nicht ohne jede Ausnahme specifischer Natur. Drei Fälle, die chronisch verliefen und mit Röthung, Verdickung und Schwerfälligkeit der Bewegung eines Stimmbandes verliefen, werden angeführt. Differentiell-diagnostische Momente werden angegeben.

R. Hoffmann: Ein Fall von isolirtem Primärcarcinom der Trachea.

Der Tumor hatte seinen Sitz vom I. bis IV. Trachealknorpel reichend an der rechten Seitenwand, breitbasig. Es handelte sich um ein Cylinderzellencarcinom, von den Schleimdrüsen der Trachea ausgehend, ausserdem um eine die Luftröhre umgreifende Struma. Tödtlicher Ausgang durch Ersticken.

Kronenberg: Ein Beitrag zur Symptomatologie der motorischen Lähmung des N. laryngeus superior.

Die Schädigung des Nerven war durch eine an der Aussenseite des Halses sitzende Cyste bedingt. Auffallend tiefe Sprache. Das betroffene linke Stimmband steht deutlich tiefer als das rechte. Verkürzung und wellige Form desselben nicht sicher festzustellen.

Discussion: Avellis.

Avellis: Primäres Keilbeinhöhlencarcinom mit Röntgen-Abbildungen.

Plattenepithelcarcinom eines Herrn, der 15 Jahre an atrophischer Rhinitis behandelt worden. Erste Symptome Kopfschmerz, kleine Blutansammlungen am Rachendach. Diagnose durch Röntgenaufnahme.

Discussion:

Killian (Freiburg): Durch Rhinoscopia media lässt sich die Diagnose dieser Tumoren ausserordentlich früh stellen.

Killian (Freiburg): 1. Ueber den Ursprung der Choanalpolypen.

Dieselben entstammen der Kieferhöhle und gelangen durch ein Foramen accessorium in die Nasenhöhle, bezüglich in den Nasenrachenraum, erhalten infolge dessen die Gestalt eines Zwerchsackes, von dem die eine Hälfte in der Kieferhöhle, die andere im Nasen- und Nasenrachenraum steckt. Selbstverständlich könnte analoge Bildung auch von anderen Nebenhöhlen ausgehen. Die Ursache dürfte in einer Entzündung der Schleimhaut der betreffenden Nebenhöhle zu finden sein.

2. Neue Instrumente zur submucösen Resection der Nasenscheidewand.

Demonstration einer neuen Subcutanspritze für Cocain-Adrenalinlösung, eines Killian'schen Elevatoriums, welches etwas modificirt ist, einer neuen Zange mit grossen geriefelten Flächen zur Entfernung der Knorpelstücke der Cartilago quadrangularis.

3. Ein Spiegelmodell des Kehlkopfes.

Dient zur Demonstration der verschiedenen Lagen des Kehlkopfes bei verschiedener Stellung des Untersuchten resp. Untersuchenden.

4. Demonstration von Fremdkörpern, die aus der Speiseröhre, aus der Trachea und den Bronchien stammen.

Platte Fremdkörper können durch die Oesophagoskopie entfernt werden, wie ein vorgelegtes Goldstück. Hingegen ist die Oesophagoskopie contraindicirt, wenn es sich um scharfe Fremdkörper handelt, welche die Wand des Oesophagus durchbohren. Beispiel: Ein Fall von verschlucktem Glassplitter, der durch äussere Operation entfernt wurde. Durch directe Tracheo- bezw. Bronchoskopie wurden mehrere Fremdkörper entfernt. Besonders schwierig gestaltete sich die Entfernung eines Pfeifchens bei einem 7jährigen Kinde aus der Tiefe des rechten unteren Lungenlappens.

5. Verbesserung am bronchoskopischen Instrumentarium.

6. Bronchoskopie und Lungenchirurgie.

Herderkrankungen der Lunge können durch Bronchoskopie erkannt werden, wenn sie in Beziehungen zum Bronchialbaum stehen. Ein weiterer Ausbau unserer Kenntniss von dem Baue der Bronchialverzweigungen, mit denen Vortragender beschäftigt ist, ist nothwendig. Röntgenaufnahmen und Messungen ergaben, dass Sonden fast bis zur Lungenfläche vordringen können. Die Fortschritte der Bronchoskopie sind besonders zur Diagnose und Feststellung des Ortes eines Herdes oder eines Fremdkörpers von Vortheil, insbesondere auch für die Fremdkörper-Pneumotomie.

Discussion:

Winkler berichtet von einem aus einem Bronchus extrahirten Knochenstück.

Stark empfiehlt bei starken Secretansammlungen die Untersuchung auf dem schräg gestellten Operationstisch.

v. Eicken empfiehlt verschiedene Lagerungen je nach Lage des Falles.

12. Sänger: Ueber Asthmabehandlung.

Diese besteht in einer bestimmten Art der Athemgymnastik, mit welcher einerseits die Lungenblähung bekämpft und andererseits die Ueberempfindlichkeit des Centralnervensystems gegen Lufthunger bezw. lufthungererzeugende Reize herabgesetzt werden sollen. Die Behandlung Sänger's ist wesentlich eine pädagogische und besteht darin, den gestörten Athmungsmechanismus durch Betonung möglichst ausgiebiger Ausathmung auszugleichen. Sänger lässt seine Kranken mit mässig lauter Stimme und unter besonderer Dehnung der Vocale zählen. Nach je vier bis fünf Zahlen wird eine Pause gemacht, welche für die Einathmung bestimmt ist. Hierdurch wird der Kranke von seinem Leiden abgelenkt. Der Kranke soll lernen, aus eigener Kraft der bedrohlichen Erscheinungen eines Anfalles Herr zu werden. Es sind deshalb die Uebungen zunächst in der anfallsfreien Zeit vorzunehmen. Die Uebungen können mit Sauerstoffinhalation oder unter Benutzung des Waldenburg'schen Apparates vorgenommen werden. Was die Therapie des Asthmas von der Nase aus angeht, so hält Sänger eine Behandlung der Nase nur dann für angezeigt, wenn hier thatsächlich athmungsstörende Abnormitäten vorhanden sind.

13. Arthur Hennig: Ueber Inhalationstherapie.

Besprechung der modernen Inhalationsapparate (Bulling, Heryng, Reitz und Hössle). Hennig empfiehlt neben dem Heryng'schen Apparate besonders die von Reitz vorgeschlagene Modification. Es besteht die Möglichkeit, auf dem Athmungswege Arzneikörper direct ins Blut überzuführen. Die betreffenden Heilmittel (Eisen, Quecksilber, Jod) sollen auf diesem Wege wirksamer sein.

14. J. A. Killian (Worms): Ueber den Sitz und die Eröffnung tiefliegender Abscesse der Gegend der Zungenbasis und des angrenzenden Pharynxabschnittes durch Operation von aussen.

Ueber den anatomischen Sitz dieser Abscesse herrschte bisher keine Klarheit. Es finden sich in der Zungenbasisregion zwei Spalträume von Bedeutung, ein medianer zwischen den Mm. genio-glossi und ein lateraler an der medialen Fläche des M. hyoglossus, in welchem der Stamm der A. lingualis verläuft. Dieser wichtige Spaltraum ist oben abgeschlossen durch das Eindringen der Bündel des M. hyoglossus in den Zungenkörper, unten durch das grosse Zungenbeinhorn und die hier inserirenden Muskeln der tiefen, seitlichen Oberzungenbeinregion. Eine Projection des M. hyoglossus auf die Innenfläche des Hypopharynx trifft vorn Zungenbasis, dann Seitenwand der Valleculae und zuhinterst den Theil der Schlundwand, welchem der Uebergang der Plica pharyngeo-epiglottica auf erstere angehört. Von diesen Spalträumen der Zungenbasisregion scheint der laterale mit relativer Häufigkeit Sitz einer Phlegmone und Abscedirung zu sein, welche folgende klinische Erscheinungen macht:

1. Eine derbe, diffuse, sehr druckempfindliche Schwellung in der Tiefe der seitlichen Oberzungenbeingegend, etwa der Gl. submaxillaris entsprechend, während Unterhautbindegewebe und Haut freibleiben.

2. Eine derbe Anschwellung des betreffenden Zungengrundes mit mässiger Kieferklemme, während der Mundboden freibleibt.

3. Halbseitiges Oedem des Kehlkopfeinganges, welches Aryknorpelgegend, Plica ary-epiglotticagegend, Kehldeckelhälfte, Plica pharyngo-epiglottica, Wände der Vallecula und später oft Uvula und weichen Gaumen einnimmt.

4. Fieber um 38°, Schluckschmerzen in das Ohr ausstrahlend, rauhe Stimme, später Athemnoth.

Vom Verfasser wurde ein hierher gehöriger Fall von aussen operirt. Der M. hyoglossus wurde freigelegt und der Abscess fand sich, wie erwartet, sofort beim Vordringen auf die mediane Seite des Muskels vor.

Abscesse des mittleren Spaltraums werden durch einen medianen Schnitt eröffnet.

Die Therapie der tiefliegenden Zungenbasisabscesse gipfelte früher in der Empfehlung dreister, tiefer Längsincisionen. Schattenseiten derselben sind Unübersichtlichkeit des Operationsgebietes, Unmöglichkeit einer exacten Blutstillung und Unsicherheit, den Abscess auf diese Weise zu treffen. Partsch (Handbuch der practischen Chirurgie) trat für Eröffnung für aussen ein, ohne jedoch Angaben über eine solche Operationsmethode zu machen.

Zögert die Spontaneröffnung oben genannter Abscesse und lässt sich eine deutlich fluctuirende Stelle im Zungengrunde durch Palpation auffinden, so eröffne man von hier aus. Ist dies aber nicht der Fall und nöthigen Athemnoth und drohende Sepsis zu schleuniger und sicherer Eröffnung des Abscesses, dann ist die Operation von aussen indicirt. Desgleichen in allen Fällen, wo die Phlegmone progressiv ist und in dem speciellen Falle, wenn Complication mit Arrosionsblutung aus dem Stamme der A. lingualis vorliegt.

15. Rich. Hoffmann: Multiple Hirnabscesse nach doppelseitiger traumatischer Stirnhöhleneiterung.

Das Trauma fand am 30. September 1896 statt. Seitdem häufig Schmerzen in der linken Stirngegend, Appetitlosigkeit etc. 27. April 1897 Eröffnung der eiterig entzündeten Stirnhöhlen, deren hintere Wand theilweise zerstört war. Im weiteren Verlaufe cerebrale Erscheinungen wie motorische Aphasie, Facialislähmung etc., die jedoch zurückgingen, im October aber wieder auftraten. Eröffnung eines Abscesses im temporalen Theile des linken Stirnherdes. Nach zeitweisem Versiegen der Eiterung kurze Zeit nach neuer Eröffnung des Abscesses Exitus im Coma. Section: Eiterige Meningitis der Basis und der Convexität, links ausser dem diagnosticirten Hirnabscess, der leer war, noch zwei weitere, von denen der eine in den Ventrikel durchgebrochen war.

16. Ernst Winkler: Weitere Beiträge zur Correctur schiefer Nasen.

Bei der Geradestellung alter Nasenfracturen handelt es sich nicht nur um den kosmetischen Effect, sondern auch um die Beseitigung der Beschwerden, welche die verlegte Nasenathmung veranlasst. Alle eingekeilten Fragmente sind zunächst

vollkommen zu lockern, ehe man die Reparatur und Modellirung des Nasengerüstes vornimmt. Die breiten Metallsonden, welche Winkler seit Jahren benutzt, können mit Vortheil angewendet werden. Man legt diese Sonden innen an den Rücken des Nasengerüstes, um die eingekeilten Fragmente zu knicken und das Nasengerüst in die Höhe zu heben. Bericht über einen Fall:

16jähriger Radfahrer, der durch Hufschlag eines Pferdes im Gesicht getroffen war. Das ganze Nasendach nach links verschoben, die Nasenspitze nach rechts. Die rechte Nase ganz durchgängig, die linke ein wenig, Septumperforation. In Narkose Mobilisirung der eingekeilten Fragmente unter theilweiser Entfernung des Vomers und Aufhebelung der ganzen Nase. Modellirung der Nase, bis sie gerade steht, Tamponade des oberen Nasenabschnittes. In den unteren Nasengang werden Metallröhren eingelegt, um die Nasenspitze in gerader Richtung zu halten. Eine leichte wiederauftretende Verengerung der rechten Nasenöffnung wurde durch Nachoperation beseitigt.

17. Ernst Winkler*): Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Larynxtuberculose mit Röntgenstrahlen.

Ein abschliessendes Urtheil ist über diese Behandlung noch nicht zu fällen. Jedoch haben die bis jetzt behandelten 11 Fälle Winkler überzeugt, dass die Hoffnungen nicht zu hoch zu spannen sind. Da wo ein operatives Eingreifen möglich ist, ist dies vorzuziehen. Eine schmerzstillende Wirkung scheint sich stellenweise geltend zu machen. Versuche mit der Röntgentherapie der Larynxtuberculose sind immerhin anzustellen und bieten vielleicht bei denjenigen Fällen, in welchen die Tuberculose wesentlich auf die seitlichen Wände beschränkt ist, einige Aussicht auf Erfolg. Die vorsichtige Auswahl des Härtegrades der Röhren ist von grosser Wichtigkeit.

18. Franz Kuhn: Perorale Tubage mit und ohne Ueberdruck.

Hinweis auf frühere diesbezügliche Veröffentlichungen. Das Verfahren eignet sich besonders für die blutigen Operationen im Mund, an Lippen oder Kiefern, Zunge, Rachen und Nase, ferner bei schlechter Narkose. Perorale Tubage bewährt sich ferner bei Asphyxie, Chloroform, Schwefelwasserstoff, Kohlenoxyd etc.

Die perorale Tubage mit Ueberdruck ist anzuwenden bei Lungen- und Herzoperationen, ferner bei solchen des Oesophagus oder der Cardia. Die Sauerbruch'sche und Brauer'sche Kammer wird durch sie überflüssig.

F. Flumenfeld (Wiesbaden).

---

*) Dieser, sowie der folgende Vortrag konnten wegen Zeitmangels nicht gehalten werden.

b) Achter Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

(Siena, 13. bis 15. October 1904.)

Erste Sitzung. Vorsitzender: Massei.

Geronzi (Rom): Referat über: Unblutige Chirurgie der Muscheln.

Redner bespricht die Massage, die submucösen Injectionen mit Chlorzink, die interstitiellen Paraffininjectionen, die chemischen und galvanokaustischen Cauterisationen, die Elektrolyse. Die submucösen Chlorzinkinjectionen verdienen in manchen Fällen von Rhinitis hypertrophicans versucht zu werden; die interstitiellen Paraffininjectionen versprechen bei Ozaena viel. Die Galvanokaustik führt G. so aus, dass er eine verticale Furche unmittelbar hinter dem vorderen Ende der Muschel zieht. Diese Methode soll bessere Resultate geben als die Galvalnokaustik in horizontaler Richtung, da der von vorn nach hinten gerichtete venöse Strom mehr durch eine transversale Narbe unterbrochen wird. Im Allgemeinen ist G. kein Freund der Galvanokaustik, die nur in wenigen Fällen zur Anwendung kommen soll.

Dionisio: Ueber die radicale Chirurgie der Muscheln.

Vortr. bespricht die einzelnen Methoden und die für diese angegebenen Instrumente: 1. Abtragung der hypertropischen Schleimhautpartien mit der kalten Schlinge; ist besonders indicirt bei circumscripten Hypertrophien und bei Degenerationen des hinteren Endes. 2. Abtragung mit besonderen Zangen, die die Weichtheile und Knochen glatt abschneiden; diese Methode eignet sich besonders für diffuse Hypertrophien und für sogenannte blasenförmige Degenerationen der mittleren Muschel. 3. Abtragung mit Sägen; geeignet zur Entfernung der unteren und mittleren Muschel. 4. Knochenscheeren; sind am meisten im Gebrauch, weil sie am schnellsten wirken.

Bei Erwachsenen genügt im Allgemeinen Cocainanästhesie, nur bei sehr ängstlichen Individuen und Kindern kommt die Allgemeinnarkose in Frage. D. gebraucht Adrenalin gewöhnlich nur für die mittlere Muschel. Im Gegensatz zu Anderen tamponirt er stets; nach Entfernung des Tampons werden Ausspülungen mit Borsäurelösung gemacht.

Die Resultate mit partieller oder totaler Abtragung der unteren und mittleren Muscheln sind sehr günstig durch Wiederherstellung der Nasenathmung und Beseitigung eventueller Reflexneurosen, die durch den Contact von Septum und Muschel bedingt sind. Auch Stimme und Gehör können dadurch günstig beeinflusst werden. Ungünstige Wirkungen treten insofern ein, als durch die Weite der Nasenlöcher eine Pharyngitis und Laryngitis entstehen oder eine solche verschlechtert werden kann.

An Stelle des abwesenden Correferenten Guarnaccia ergänzt Geronzi sein Correferat durch Erörterung der Chirurgie des Septum.

Poli zieht für die Betheiligung der knöchern-knorpeligen Spinen des Septum das Septotom vor. Er erwähnt seine Untersuchungen über die Regenerationsprocesse nach Operationen am Septum. Für die Abtragung der hypertrophischen

Schleimhaut bedient er sich mit Vortheil der Laurens'schen Zange. Bei Kindern operirt er in Bromäthylnarkose und bedient sich auch bei Muschelhypertrophien des Septotoms.

Faraci ist nicht der Ansicht, dass eine abnorme Weite der Nasenhöhlen zur Ozaena disponirt oder eine solche verursacht; er ist vielmehr der Meinung, dass die Ozaena auf einen krankhaften Process in den Nebenhöhlen zurückzuführen ist. Den Paraffininjectionen bei Ozaena misst er keinen Werth zu, da sie keine der physiologischen Eigenschaften der Schleimhaut wiederherstellt. Seine Versuche mit dieser Methode bei Ozaena sind durchaus negativ gewesen. Nach Abtragung der hypertrophirten Schleimhaut kauterisirt er mit dem Galvanokauter die Operationswunde.

Das Verfahren von Moure hat er nur bei Verbiegungen des vorderen Septumabschnittes für nützlich befunden. Für chirurgische Maassnahmen bedient er sich nur des Messers und des schneidenden Löffels.

Gatteschi versucht bei starken winkligen Knickungen des Septums durch Verkleinerung der entsprechenden unteren Muschel Luft zu schaffen. Im Fall das nicht genügt, begnügt er sich damit, in dem vorspringendsten Theil des verbogenen Septum eine breite Oeffnung zu machen. Es entsteht dadurch nicht nur ein scheinbare, sondern effectiv freiere Luftzufuhr, indem das vorspringendste Stück der Deviation beseitigt wird. Er empfiehlt für diese Zwecke ein von ihm angegebenes Instrument (Emporte-pièce), mit dem Theile des Septums ausgekniffen werden.

Nuvoli glaubt, dass in vielen Fällen nicht die Septumleisten und -Verbiegungen, sondern die Hypertrophie der Muscheln die Ursache der Stenose abgiebt. Eine wichtige, vom Referenten nicht berührte Indication für die Turbinotomie sei der Ohrschwindel. Er habe einen solchen Fall mit der Turbinotomie geheilt. Es handelte sich bei der Entstehung dieser Erscheinung um einen Gefässreflex.

Tommasi hält die gewöhnliche galvanokaustische Aetzung für ungenügend. Er hat die besten Resultate erzielt, indem er tiefe galvanokaustische Scarificationen in die Schleimhaut machte und nach einigen Tagen die nekrotischen Theile mit der Zange abtrug.

Gradenigo: Was die postoperative Tamponade betrifft, so hängt deren Berechtigung von den Umständen ab. Ist die Operation mit glatt schneidenden Instrumenten, wie Scheere, Septotom u. s. w. gemacht, so ist die Tamponade indicirt, zumal wenn der Patient nicht im Bett gehalten werden kann; ist dagegen die Operation mit quetschenden Instrumenten gemacht, wie Zangen etc., so ist die Tamponade überflüssig.

Die Galvanokaustik soll für exceptionelle Fälle vorbehalten bleiben; es besteht bei ihr die Gefahr einer localen und allgemeinen Infection.

Ferreri hat sich ebenfalls mit Vortheil des Septotoms bedient. Zur Stillung einer eventuellen Nachblutung empfiehlt er heisses Wasserstoffsuperoxyd, Penghawar ist unnütz und gefährlich.

Biaggi berichtet über einen Fall von Degeneration der mittleren Muschel nach Abtragung der unteren. Was die Nützlichkeit der Nasenoperationen bei Sängern anbelangt, so kann er die grosse Bedeutung der Nase als Resonanzhöhle nicht anerkennen.

D'Ajutolo spricht über Nasenverengerung infolge Ansaugung der Nasenflügel.

Grazzi bedient sich zur Blutstillung des kalten Wasserstoffsuperoxyds, da es erwärmt seine Wirkung einbüsst.

Geronzi opponirt Faraci in Bezug auf dessen Meinung über die Ozaena. Bisher schien es, als ob die Paraffininjectionen die besten Resultate gegeben haben. Was die von Gatteschi geübte Methode der Septumperforation anbetrifft, so sei das Resultat nur ein scheinbares.

Martuscelli und Rugani: Veränderungen des Geruchssinns und der Organe im Allgemeinen bei langsamer Asphyxie infolge completer Nasenstenose.

Referirt Centralblatt, dieser Band, S. 104.

Calamida (Turin): Beitrag zur Aetiologie der Rhinitis caseosa.

Auf Grund des Studiums von sechs Fällen kommt C. zu dem Schluss, dass die Theorie eines bakteriellen Ursprungs wenig für sich hat, dass man die Rhinitis caseosa nicht als Krankheit sui generis, sondern einfach als Folge bereits bestehender Erkrankungen der Nase und ihrer Anhänge betrachten muss.

Martuscelli (Neapel): Experimente über die Aetiologie der Rhinitis caseosa.

M. hat Kaninchen gleichzeitig Culturen von Streptothrix alba oder von gewöhnlichen Eitererregern nnd sterilisirte und unsterilisirte Fremdkörper eingebracht; ferner hat er bei Hunden allein die Inoculation ausgeführt, dann Sonden in die Nase eingeführt und eine Woche lang mit einer Spritze $^1/_2$ ccm Bouillon mit Streptothrix inoculirt.

Das Resultat war, dass er bei einem Meerschweinchen die Krankheit erzeugen konnte und sich der Streptothrix in Petri'schen Schalen entwickelte. Bei einem gesunden Hunde erzielte er dasselbe Resultat. Die Versuche mit den Eitererregern fielen negativ aus.

Poli (Genua): Ueber die Vertheilung des adenoiden Gewebes in der Nasenschleimhaut.

Auf Basis der Untersuchungen von Zuckerkandl und Stöhr hat P. bei einer Reihe von Individuen von der Geburt an bis zum 45. Lebensjahre die Vertheilung des adenoiden Gewebes in diesen Altersepochen studirt. In der Durchwanderung der Leukocyten sieht P. eine besondere Function, besonders an der unteren und mittleren Muschel. Die Bedeutung dieser Function ist noch nicht aufgeklärt.

Poli und Staderini (Genua): Adenoidismus und der Frühjahrskatarrh der Augenbindehaut.

Redner haben 14 Fälle von Frühjahrskatarrh bei Personen von 5 bis 22 Jahren beobachtet, bei denen sich Zeichen des Status adenoideus fanden. Bei 6 bestanden noch adenoide Vegetationen, bei 3 Reste von solchen; die anderen hatten Rhinitis atrophicans und allgemeinen Lymphatismus. Redner halten einen Zusammenhang zwischen beiden Affectionen für vorhanden.

Strazza (Genua): Neue Methode zur Radicalbehandlung chronischer Thränensackeiterungen.

S. behandelt hartnäckige Thränensackeiterungen auf endonasalem Wege, indem er das vordere Ende der unteren Muschel abträgt und auf einer in den Thränennasengang eingeführten Sonde seine vordere knöcherne und häutige Wand zerstört, bis er in den Thränensack gelangt; dann wird dieser freigelegt, breit eröffnet und ausgekratzt. Er hat auf diese Weise einen Patienten auf beiden Seiten operirt.

Calamida (Turin): Carcinom der Keilbeinhöhle.

Die Diagnose wurde intra vitam gestellt und durch die Operation bestätigt. Die histologische Untersuchung ergab, dass das Carcinom von den Schleimdrüsen der Sinusschleimhaut ausging.

Zweite Sitzung. Vorsitzender: Grazzi.

Referate über das Thema: Nosographie des sogenannten Stridor congenitus. Referenten: Lunghini, Massei und Biaggi.

Lunghini referirt über die Geschichte und Bibliographie der Krankheit.

Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse ist der Stridor laryngis congenitus eine der Kindheit eigenthümliche Krankheitsform sui generis, die im Momente der Geburt oder in den ersten Tagen nach dieser ihren Anfang nimmt und durch ein besonderes Athemgeräusch charakterisirt ist, das im Allgemeinen nicht von Dyspnoe oder Cyanose begleitet ist. Zur Erklärung der Pathogenese der Erkrankungen sind zahlreiche Theorien aufgestellt, die sich in nervöse und mechanische eintheilen lassen.

Zu den ersteren gehören die Theorien von Thomson, der eine Coordinationsstörung in den Athembewegungen annimmt, und die von Robertson, der an eine doppelseitige Posticuslähmung glaubt, während Smith den Spasmus auf reflectorischem Wege durch die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen ausgelöst sein lässt. Auf mechanischem Wege erklärt Avellis den Spasmus durch eine Hypertrophie der Thymus, während andere (Thomson und Turner) das mechanische Hinderniss in einer angeborenen Missbildung des Larynxeingangs, begünstigt durch eine besondere Schlaffheit der Gewebe, sehen.

Nach Moure soll der Stridor durch die Anwesenheit adenoider Vegetationen bedingt sein, jedoch auf mechanischem, nicht auf reflectorischem Wege.

Am meisten Eingang gefunden haben die Theorien von der Entwickelungshemmung der Coordinationscentren der Athmung und die einer angeborenen Missbildung des Larynx.

Massei (Neapel): Die Pathogenese des Stridor congenitus.

M. stellt auf Grund der persönlichen Beobachtung von 11 Fällen die These auf, dass Stridor congenitus eine autochthone Krankheitsform darstellt, die mit Unrecht mit anderen Affectionen verschiedenster Art zusammengeworfen worden ist, weil ihnen ein Symptom gemeinsam ist.

Redner sieht die hauptsächliche Entstehungsursache in einer angeborenen Missbildung des Kehlkopfeingangs, besonders in einer mangelhaften Entwickelung der Epiglottis. Er hat unter seinen Fällen einige mit tödtlichem Ausgange gehabt; dieser kann entweder von einer Läsion der Nervencentren oder, wie in einem seiner Fälle, durch einen Katarrh bedingt sein. Er hat die Missbildung der Epiglottis niemals durch die laryngoskopische Untersuchung, dagegen mittels der Digitalexploration feststellen können; bei ihrem Durchgang durch die enge Spalte, die in diesen Fällen die Epiglottis bildet, erzeugt die Athmungsluft jenen für die Krankheit charakteristischen Stridor.

Biaggi (Mailand): Die Symptomatologie des Stridor.

Die Intensität des charakteristischen Geräusches, das die Inspiration, bisweilen auch die Exspiration begleitet, steht in Beziehung zur Frequenz der Athmung; der Stridor kann wenige Monate bis zwei Jahre lang dauern. Während das Geräusch ein richtiges Stenosengeräusch ist, von Einziehungen des Jugulum und Epigastrium begleitet, fehlt jede Cyanose; die pneumographische Curve bleibt dieselbe zur Zeit, wenn das Geräusch besteht und wenn die Athmung geräuschlos ist. Die Stenose ist daher mehr eine scheinbare. Die Veränderung des Larynx besteht in einer besonderen omegaförmigen Bildung der Epiglottis. Bei den Athembewegungen wird die Schleimhaut der schlaffen Ligamenta ary-epiglottica in Vibration versetzt und bringt das Geräusch hervor.

Verwechselt kann der Stridor werden mit Asthma thymicum, Spasmus laryngis, Kehlkopfpapillomen; diese können aber leicht von ihm unterschieden werden durch die schwerere Form, die Circulationsstörungen, die Alterationen der Stimme, die beim Stridor normal bleibt.

Die Prognose wird beeinträchtigt, wenn sich Bronchial- und Lungenerkrankungen zu dem Stridor hinzugesellen; sie nehmen in diesen Fällen einen schwereren Charakter an als sonst.

Die Therapie hat sich im Wesentlichen exspectativ zu verhalten, da der Stridor gewöhnlich von allein verschwindet.

Gradenigo stimmt mit Massei in Bezug auf die Schwierigkeiten der laryngoskopischen Untersuchung überein, sowie in Bezug auf die Missbildung des Larynxeinganges. In einem Falle hat er auch gleichzeitig Deformationen der Glieder gesehen.

Ferrari hat in einem Fall, um die Laryngoskopie zu ermöglichen, mit Erfolg Cocain und Adrenalin in Pulverform insufflirt.

Massei wiederholt, dass ihm die laryngoskopische Untersuchung in diesen Fällen niemals geglückt ist.

Biaggi ist 14mal unter 26 Fällen mit Geduld zum Ziele gelangt.

Prota (Neapel): Laryngismus stridulus und adenoide Vegetationen.

P. hat bei 10 Kindern von $1^1/_2$ bis 6 Jahren einen Zusammenhang zwischen Laryngismus stridulus und Anwesenheit adenoider Vegetationen constatiren können. In allen Fällen verschwand das Athemgeräusch völlig nach Entfernung der Adenoiden.

De Cortis (Siena): Fall von totaler Laryngectomie.

Operation wegen Carcinoms. Patient macht sich durch articulirte Laute verständlich.

Solvori (Siena): Cyste des Siebbeins.

Vorstellung eines operirten Falles.

Geronzi (Rom): Ueber die Anwesenheit von nervösen Ganglien in einigen Muskeln des Kehlkopfinnern.

G. hat in den M. crico-arytaenoidei postici, thyreo-arytaenoideus und cricothyreoideus nervöse Ganglien im Perimysium internum gefunden, über deren Structur und Function er nichts Gewisses aussagen kann. Es scheint jedoch, als ob einige Ganglienzellen, die augenscheinlich zum Typus des sympathischen gehören, in Muskelfasern treten. Das würde für die Onodi'sche Hypothese von der theilweisen motorischen Innervation des Kehlkopfs durch den Sympathicus sprechen; diese Innervation würde für die Muskeln des Kehlkopfinnern zutreffen, die bei der Athmung mitwirken. G. zieht das Dogma, wonach der Sympathicus niemals motorische Fasern an quergestreifte Muskeln giebt, in Zweifel; es wäre möglich, dass die nicht dem Willen unterworfenen quergestreiften Muskeln eine Ausnahme machen. G. hat auch im M. tensor tympani nervöse Ganglien nachweisen können.

Martuscelli und Rossi (Neapel): Experimentelle Untersuchungen über die Localisation der hypoglottischen Tumoren im vorderen Theil des Larynx.

Referirt Centralblatt, dieser Band, S. 350.

Martuscelli und Ricciardelli (Neapel): Ist die Hypertrophie der Gaumentonsillen der Ausdruck eines allgemeinen Lymphatismus oder die Folge einer auf den Waldeyer'schen Schlundring beschränkten Erkrankung? Besteht functionell ein intimer Zusammenhang zwischen den geschlossenen Follikeln, die diesen Ring bilden?

Aus den zahlreichen beigebrachten Krankengeschichten geht hervor, dass die Träger der Gaumenmandelhypertrophie, ausser dass sie Adenitis oder sonstige Zeichen von Lymphatismus darboten, meist auch Geschwister mit solchen Affectionen hatten oder dass ihre Eltern daran gelitten hatten.

Die zweite Art der Untersuchungen bestand darin, dass Redner auf die vorher scarificirten und desinficirten Gaumentonsillen Reinculturen von Staphylococcus

pyogenes aureus aufstrichen und nach einiger Zeit die anderen Theile des lymphatischen Schlundrings exstirpirten; es zeigte sich, dass der Uebergang der Mkiroorganismen von den Gaumentonsillen in die anderen lymphatischen Rachengebilde immer nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden erfolgte; er war jedoch niemals erheblicher als der in in die submaxillaren Drüsen.

Die Exstirpation der Gaumentonsillen übte keinen Einfluss auf die übrigen Bestandtheile des Waldeyer'schen Schlundrings aus; es trat z. B. keine compensatorische Hypertrophie des letzteren ein.

Gatteschi (Florenz): **Endonasale Methode zur chirurgischen Behandlung der chronischen eitrigen Dacryocystitis.**

G. nimmt das Siebbein in Angriff; in hartnäckigen Fällen geht er bis zum Thränensack und schafft eine Communication zwischen diesem und dem Naseninnern. Er hat 30 Fälle so behandelt; in 14 trat Heilung ein, in 10 erhebliche Besserung, in 3 geringe Besserung, in 3 kein Erfolg. In allen Fällen bestand entweder eitrige Ethmoiditis allein oder zugleich mit anderen Nebenhöhlenerkrankungen.

Federici (Genua): **Ueber den Mechanismus der Durchwanderung der Leukocyten durch das Tonsillarepithel.**

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt F. zu dem Schluss, dass ein Theil der durchwandernden Leukocyten direct aus dem Blute stammt. Er vermuthete, dass die Leukocyten dazu dienen könnten, eventuell im Blut vorhandenes geformtes Material aus dem Organismus herauszuschaffen. Er hat Thieren Farbpulver in die Venen injicirt und hat die Farbkörnchen stets bereits nach einem Tage in den die Tonsillen durchwandernden Leukocyten gefunden. Ebensolche Resultate erzielte er nach Injection einer Emulsion Koch'scher Bacillen. Er versuchte, die Bacillen in die Pleura oder Peritoneum zu injiciren und fand sie bereits nach einem Tage in den Tonsillen und einige im Begriff, das Epithel zu durchwandern. Am 6. Tage fand er keine Bacillen mehr in den Tonsillen, nur in einem Fall, in dem sich eine exsudative Pleuritis entwickelt hatte. G. kommt zu dem Schluss, dass die häufigen Erkrankungen der Tonsillen nicht daher rühren, dass sie Eingangspforte für die Mikroorganismen, sondern dass sie Ausgangspforte für diese darstellen.

Biaggi: **Cavernöses Fibroangiom des Kehlkopfs bei einem Hämophilen.**

42jähriger Patient, seit 2 Jahren heiser und zeitweise Erstickungsanfällen unterworfen. Im Kehlkopf ein Tumor in Grösse und Farbe einer Himbeere. Während der Beobachtungszeit expectorirt Patient den Tumor spontan; es folgt eine Blutung, die durch Gelatineklystiere gestillt wird. Im Larynx bleibt ein anderer noch grösserer Tumor als der erste, der nach 8 Tagen mit der Zange entfernt wird. Die Blutung wird wieder durch Gelatineklystiere gestillt.

Dritte Sitzung.

Poli (Genua) demonstrirt am Cadaver eine Methode zur Ausräumung des Siebbeins.

In allen Fällen, in denen sich die Entfernung auf endonasalem Wege als unzureichend erweist, z. B. in allen Fällen von diffuser Ethmoiditis oder Complication mit Stirnhöhleneiterung, zieht P. den Weg von aussen her vor. P. zieht es im Allgemeinen vor, vom Siebbein aus zur Stirnhöhle vorzugehen als umgekehrt, um eventuell eine nutzlose und deformirende Operation zu vermeiden.

Poti (Florenz) demonstrirt am Cadaver eine neue conservative Methode zur Radicalbehandlung der chronischen Thränensackeiterungen.

Die vom Redner Dacryocystorhinotomie genannte Methode ist in 11 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge ausgeführt worden.

Ferrari (Rom): Lichttherapie des Kehlkopfs nach Finsen.

F. hat sich zu diesem Zweck zuerst einer Trustak'schen Glühlampe bedient, die viele violette und ultraviolette Strahlen ausstrahlt. Die Wärmestrahlen werden durch Wassercirculation eliminirt. Es wurden bei einer Patienten mit tuberculöser Kehlkopfinfiltration Versuche gemacht, die sehr ermuthigend ausfielen.

Tommasi (Lucca). Inhalationen mit Chlor-Brom-Jod-Lithionwasser bei gleichzeitiger innerlicher Behandlung mit Acqua di Montecatini bei Krankheiten der oberen Luftwege.

Wird an anderer Stelle veröffentlicht. Finder.

(Nach einem Bericht im Arch. Ital. d. Otologia von N. Calamida.)

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 13. Mai 1904.

Vorsitzender: John Bark.

Kelson: 1. Fall von Borkenbildung im Nasenrachen.

Es fanden sich häufig fibrinöse scheibenförmige Beläge in der Gegend der Luschka'schen Tonsille.

Grant, Wingrave und der Vorsitzende discutiren über die Diagnose.

2. Fall von Epitheliom des Kehlkopfs und Oesophagus.

Der Fall betraf eine 31jährige Frau; die Erkrankung ging vom Oesophagus aus.

3. Präparat von einem Fall von Durchschneidung des Halses.

Die Verletzung hatte zu einer ausgedehnten Fistelbildung unterhalb des Zungenbeins geführt. Versuche, diese zu schliessen, waren ohne Erfolg. Ohne eine evidente Krankheitsursache hatte sich der Zustand des Patienten allmälig verschlechtert und er ging 2 Jahre nach dem Trauma zu Grunde.

Mayo Collier: Solche Fälle gehen gewöhnlich unter Symptomen von Melancholie oder Demenz zu Grunde.

Mayo Collier: Fall von Abscess der Schilddrüse.

Pat. hatte nach einer schweren Influenza eine starke Schwellung am Halse, die erhebliche Dyspnoe verursachte. Es wurde ein operativer Eingriff gemacht; Pat. starb jedoch an Asphyxie. Bei der Autopsie fand man eine gänseeigrosse Cyste, die auf die Trachea drückte und mit der Scheide der Carotis verwachsen war. Sie war angefüllt mit übelriechendem, dickem, braunem Eiter. Eine Erweichung der Trachealringe hatte nicht stattgefunden; der N. recurrens war gesund.

Grant berichtet ebenfalls über einen Fall, der einen älteren Mann betraf, bei dem während einer Influenza eine enorme Anschwellung der Trachea auftrat, die tödtlich verlief.

Lamsden: Nasendilatator zur ständigen Dilatation der Nasenlöcher in Fällen von Nasenverstopfung.

Wenn die vorderen Nasenöffnungen nicht die normale Grösse haben, erweist sich die Anwendung der Dilatatoren als nützlich, indem sie die Inhalation eines kräftigen Luftstroms gestatten, der auf die geschwollene Muschelschleimhaut sehr günstig wirkt.

Wingrave meint, es könnte die Anwendung der Instrumente zu einer Lähmung der M. dilatatores führen.

Es folgt die Discussion über Mayo Collier's Vortrag über: Latente oder intermittirende Nasenverstopfung.

Dundas Grant: Der Begriff der intermittirenden Nasenverstopfung ist für die Rhinologen keineswegs neu. Bereits im Jahre 1888 hat Hunter sich darüber geäussert.

Woods glaubt nicht daran, dass durch Veränderungen des Druckes im Nasenrachen während der Athmung das Trommelfell in Mitleidenschaft gezogen wird.

Wallace lenkt die Aufmerksamkeit auf die perspiratorische Function der Nasenschleimhaut. Wenn der Körper im Schlaf mit Bettdecken fest zugedeckt ist, kann die Haut ihre perspiratorische Function nicht mehr in genügendem Maasse ausüben; es wird dann die Nase als perspiratorisches Organ übermässig in Anspruch genommen und es resultirt daraus eine Turgescenz der Schleimhaut, die bei enger Nase Verstopfung verursacht. Er räth aus diesem Grunde zur Anwendung einer leichten Bettdecke und zur Aufrechterhaltung trockener Atmosphäre im Schlafraum.

Wingrave erinnert an die Beziehung zwischen Nasenturgescenz und Pubertätsperiode.

Mayo Collier lenkt im Schlusswort nochmals die Aufmerksamkeit auf die Schwankungen des Luftdrucks in den Athmungswegen während der Respiration. Er kommt zu dem Schluss, dass die infolge der Inspiration durch eine verengte

Nase eintretende Saugwirkung nicht compensirt wird durch den gesteigerten Exspirationsdruck, indem die Gefässdilatation nicht Zeit hat, während der beiden Athmungsphasen aufzuhören.

Sitzung vom November 1904.

Vorsitzender: Bark, später Clichale Nourse.

Kelson: Kehlkopfpapillome.

Wyatt Wingrave: Speichelstein bei Angina Ludovici.

Pat. war ein 30jähriger Mann. Als der Stein aus dem Ductus Whartonianus entfernt wurde, entleerte sich Eiter. Es trat sofort Besserung ein.

Bark und Abercrombie erwähnen ähnliche Fälle.

Wyatt Wingrave: Fall von Epitheliom des Larynx und Pharynx.

Es handelt sich um einen 60jährigen Mann mit sehr vorgeschrittenem Carcinom. Er trug sieben Monate lang ein Rohr, das in die Nase eingeführt wurde und in den Magen reichte. Der Gewichtsverlut war nur ein geringer. Die Schmerzen wurden durch Zusatz von Opium zum Rauchtabak verringert.

Kelson berichtet über einen ähnlichen Fall, in dem der Pat. nach einiger Zeit im Stande war, das Rohr von selbst hinunterzuschlucken.

Bark hat in manchen Fällen die kurze Röhre ungeeignet gefunden.

Wyatt Wingrave: 1. Wahrscheinlich primäre syphilitische Affection der Nase.

2. Cystische Erkrankung des Antrum.

Clichale Nourse: Fall von multipler Sinusitis.

Es wurde mittels des Krause'schen Troicart eine Oeffnung vom unteren Nasengang aus angelegt.

Bark zieht da, wo eine Radicaloperation nicht angängig ist, die Eröffnung von der Fossa canina aus vor.

Clichale Nourse: Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung.

Wyatt Wingrave: Mikroskopisches Präparat von Tuberculose der Rachentonsille und der Cervicaldrüsen.

W. hat hat in vielen Fällen von Erkrankung der Cervicaldrüsen Untersuchungen angestellt; er hat aber weder Tuberkelbacillen gefunden noch sonst Anzeichen von Tuberculose bei dem Pat. constatiren können. Es fanden sich in den Präparaten Riesenzellen und alle charakteristischen Zeichen der Tuberculose mit Ausnahme der Bacillen. Er ist der Ansicht, dass eine grosse Zahl der Fälle nichts mit Tuberculose zu thun hat.

Jobson Horne: Obwohl die Färbung von Lymphdrüsen zum Nachweis der Tuberkelbacillen sehr schwierig ist, so glaubt er sich doch nicht zu dem Schluss berechtigt, dass keine Tuberculose vorliegt. Es schien, als ob das Lymphgewebe

als solches gewissen Einfluss auf die Färbbarkeit der Bacillen habe. Er führt an. dass bei einer mit tuberculösem Material geimpften Taube sich Tuberkelbacillen in vielen kleinen, aber nicht in den grössten Lymphdrüsen nachweisen liessen; wurde jedoch mit Theilen von letzterem eine andere Taube geimpft, so entstand wieder Tuberculose mit nachweisbaren Bacillen. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Internationale Preisausschreibung der American Laryngo-Rhino-Otological Association.

Die American Laryngo-Rhino-Otological Association hatte eine Preisausschreibung für die beste Arbeit über: „Etiology and Treatment of Mycosis occuring in the Upper Respiratory Tract“ ausgeschrieben. Der Preis, bestehend in einer goldenen Medaille, ist Herrn Dr. J. Sendziak in Warschau zuerkannt worden, den wir zu diesem neuen Siege herzlich beglückwünschen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, November. 1905. No. 11.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Weitlauer** (Innsbruck). **Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstractus.** *Wiener med. Presse. No. 49. 1904.*

Bei subacuter und chronischer Tracheitis kann der Hustenkitzel durch Bepinselung des Pharynx mit Lapislösung oft beseitigt werden. Bei acuten Katarrhen des Respirationstraktes haben sich folgende Pulver gut bewährt:

Rp. Natr. salicyl. 30,0
Pulv. ipecac. opiat. 3,60
Ol. menth. pip. gtt. I.
Mf. p. div. in part. aqu. No. XX.

Ds. 3—5 Pulver täglich in $^1/_4$ Glas Wasser gelöst und umgeschüttelt zu nehmen.

HANSZEL-CHIARI.

2) **Dmochowski. Beitrag zur pathologischen Anatomie der erysipelatösen Entzündung im oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Przyezynek do Anatomii patologiernej tak zwänej rózy blony sluzowej górnego odeinka drógoddechowych.)** *Pamietnik Lekarski, 1904.*

Verf. giebt eine genaue histologische Beschreibung der Veränderungen in der Schleimhaut des Respirationstractus, welche er in 2 entsprechenden Fällen untersucht hat. Die Veränderungen stellen sich als Folge einer mit besonderer Intensität auftretender serösen Entzündung dar. Besonders ausgeprägt traten die Veränderungen an der Schleimhaut des Antr. Highmori hervor, wo sich steilenweise Blasen mit seröser Flüssigkeit, daneben auch Excoriationen, oberflächliche oder tief greifende Geschwüre, sogar circumscripte Abscesse bilden. In der Pharyngonasalhöhle werden besonders in dem Adenoidalgewebe Veränderungen beobachtet und zwar unterliegen die oberflächlichen Schichten ab und zu einem nekrotischen Processe. Im Larynx wurde meistens nur seröse Entzündung auf der Schleim-

haut beobachtet. Verf. kommt auf Grund seiner Arbeit, deren Details im Original nachzulesen sind, zum Schlusse, dass die erysipelatöse Entzündung des oberen Respirationstractus gewissermaassen identisch ist den Veränderungen, welche bei Hauterysipel zur Beobachtung kommen und zwar bildet sich eine seröse Entzündung, welche eine Vorstufe zu tiefgreifenden Entzündungen darstellt. Der Uebergang zu schwereren Entzündungsformen kommt leicht zu Stande in oben genannten Organen, da dieselben reichlich lymphatische Gewebe enthalten, welche sehr leicht zu derartigen tiefgreifenden Entzündungen prädisponirt sind.

A. SOKOLOWSKI.

3) **H. L. Swaine. Die Localbehandlung von Neurosen der oberen Luftwege. (The local treatment of neuroses of the upper air passage.)** *Yale Medical Journal. Mai 1905.*

Während der Heufiebersaison sollen radicale Eingriffe in der Nase vermieden werden; man soll milde alkalische Lösungen mit nachfolgender Adrenalinapplication anwenden. Tägliche Reinigung der Schleimhaut vermindert am besten die chronische Hyperämie.

EMIL MAYER.

4) **Sir Felix Semon. Chronische Schleimhauthyperplasie der oberen Luftwege. (Chronic hyperplasia of the mucous membranes of the upper respiratory tract.)** *Lancet. 25. Februar 1905.*

Vor Jahren beobachtete S. einen Fall von gelblicher, etwas gelatineartig aussehender Verdickung der Schleimhaut des Pharynx und eines Theils des Larynx. Keinerlei Behandlung brachte Nutzen, der Zustand blieb zwei Jahre lang derselbe; dann kehrte er zur Norm zurück. Einige Jahre später sah S. einen ähnlichen Fall. November 1902 stellte er einen dritten Fall der Londoner laryngologischen Gesellschaft vor. Die Klagen der Pat. bestanden in ständigen Halsbeschwerden und gelegentlicher Dysphagie. Die Uvula und die angrenzenden Theile des weichen Gaumens waren dick und glatt und von eigenthümlicher gelber speckiger Farbe. In gleicher Weise war die rechte Aryknorpelgegend afficirt, die linke war ödematös. Urin, Brustbefund normal. Der Zustand änderte sich von Tag zu Tag. Ein Stück der Uvula wurde amputiert und von Dr. Shattock untersucht. Die histologischen Veränderungen gleichen fast annähernd denen, die man im späteren oder sogenannten Zwischenstadium der Rhinitis hyperplastica antrifft, eine Wucherung derben fibrillären Bindegewebes und kleinzellige Infiltration um die kleineren Gefässe.

Brown Kelly hat (Lancet 6. April 1901) einen ähnlichen Fall unter dem Namen sclerotische Hyperplasie des Pharynx und Mesopharynx beschrieben. Annähernd ähnliche Fälle wurden am 6. Februar 1903, 6. März 1903 und 15. Januar 1904 in der Londoner laryngologischen Gesellschaft von Dundas Grant, Lack und Logan Turner vorgestellt. Die Thatsache, dass der eine von Semon's Fällen völlig und andere bis zu gewissem Grade geheilt wurden, scheinen dafür zu sprechen, dass es sich nicht um eine sclerotische Hyperplasie, sondern mehr um eine einfache chronische Hyperplasie handelt.

ADOLPH BRONNER.

5) **a) J. M. A. Gevers Leuven** (Utrecht). **Beiträge zur Aërodynamik der Luftwege. (Bijdragen tot te aërodynamica der luchtwegen.)** *Inaug.-Dissertation. Utrecht 1903.*

b) J. M. A. Gevers Leuven. Beiträge zur Airodynamik der Luftwege. (Contribution à l'aérodynamique des voies respiratoires. [Extrait de sa thèse].) *Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. V. Bd. Lief. I. Utrecht 1904.*

Die ganze experimentelle Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat. Es sei nur einiges herausgegriffen. Die relative Permeabilität der beiden Nasenhälften studirt L. mittelst der Holtz-Zwaardemaker'schen Luftbrücke. Zur Anzeigung der Druckunterschiede bedient er sich eines doppelten Pistonrecorders. Die engste Stelle der Nasenhöhle bestimmt er auf 17—43 qmm. Nimmt man, in Uebereinstimmung mit Kayser, 6,0 qmm an, so ergibt der Vergleich mit Onodi's photographischen Messungen, nach welchen die totale Oberfläche eines Nasendurchschnittes 200 qmm beträgt, dass nur $^1/_5$ des zur Verfügung stehenden Raumes benutzt wird. Untersuchungen der naso-oralen Athmung ergibt, dass sich die Luft dabei in zwei nahezu gleiche Quantitäten theilt.

Im Widerspruch mit der allgemeinen Auffassung, dass heisse Luft einen verengernden Einfluss auf die Nasenhöhle ausübe, findet L., dass bei Menschen, wie bei Kaninchen das Nasenlumen bei Einathmung warmer Luft grösser ist als bei kalter Luft.

Vergleichung der Durchgängigkeit der Nase in aufrechter und in liegender Stellung ergab sehr inconstante Resultate.

Die Athmungscapacität hat L. mit einem auf dem Pitot'schen Princip beruhenden Apparat untersucht.

H. BURGER.

6) **Cnopf** (Nürnberg). **Casuistische Mittheilungen zur therapeutischen Verwendung des Sauerstoffs.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Im ersten Falle wurde bei dem an Larynx-Diphtherie mit heftigen dyspnoischen Erscheinungen erkrankten $3^1/_2$ jährigen Knaben durch Sauerstoff-Inhalationen eine bedeutende Beruhigung des Patienten und eine Erleichterung der behufs Tracheotomie nöthigen Chloroformirung erzielt. Auch die sonst zu beobachtenden Nachwehen des Chloroforms traten nicht ein. Beim zweiten Falle, einem $1^1/_2$ Jahre alten Knaben, zeigte sich hochgradige Athemnoth, deren Ursache nicht festgestellt werden konnte. Da Intubation erfolglos, wurde tracheotomirt. Auch die Tracheotomie brachte keine Aenderung des Krankheitsbildes; erst Sauerstoff-Inhalationen combinirt mit warmen Einwickelungen und Kampherinjektionen hatten nach 1 Stunde bei dem collabirten Kinde den Erfolg, dass der Puls voller und die Athmung regelmässiger wurde. Ständig fortschreitende Besserung, vom fünften Tage ab fieberlos; nach 9 Tagen plötzlich Exitus. Die Autopsie ergab vergrösserte, verdichtete Thymus, in deren Centrum eine haselnussgrosse, eitererfüllte Höhle. Dieser Fall ist als echter Thymustod und zwar nicht durch plötzliche Erstickung, sondern durch einen plötzlichen Stillstand des Herzens bedingt, anzusprechen. Die bei dem zweiten Falle eingetretene Besserung nach der Tracheotomie und die nachfolgende achttägige Euphorie führt Autor auf die Sauerstoff-Inhalationen und ihre herzerregenden Einwirkungen zurück.

HECHT.

7) **M. Ruprecht** (Bremen). **Holzwolle bei der Inhalation ätherischer Oele und ähnlicher flüssiger Medicamente.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1905.*

Autor empfiehlt eine ca. 2 cm weite und 10 cm lange Glasröhre mit abgeglühten Enden mit Holzwolle zu füllen und diese mit Terpentin oder dergleichen zu tränken. „Die Holzwolle saugt das Medikament (auch Lignosulfit, Mentholöl, Perubalsam, etc.) gierig auf, vertheilt es über eine ausgedehnte Oberfläche und bietet der hindurchstreichenden Luft so gut wie gar kein Hinderniss." Dieser einfache Inhalationsapparat ist leicht mitzuführen und stets gebrauchsfertig.

HECHT.

8) **J. Nord** (Utrecht). **Contrarespiratoren.** *Vox medicorum. IV. No. 2.*

N. warnt vor dem Gebrauch der üblichen Contrarespiratoren in welchen Sputa leicht eintrocknen und welche in Folge dessen eine Infectionsquelle darstellen können. Er empfiehlt desinficirbare Aluminium-Contrarespiratoren.

H. BURGER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **Sondermann** (Dieringhausen). **Eine neue Methode zur Diagnostik und Therapie der Nasenerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Eine der Nase luftdicht aufsitzende Maske ist durch einen Ventilschlauch mit einem Gummiball verbunden; das Ventil wirkt in der Weise, dass aus der Nase nur Luft angesaugt werden kann, während beim Zusammendrücken des Gummiballes die Luft nach aussen entweicht. Der Abschluss des Nasenrachenraumes wird durch Aussprechen eines Vokales (i) oder durch einen Schluckakt erreicht; während dieses Momentes saugt Autor Luft aus der Nase an; die hierdurch entstehende Luftverdünnung bedingt eine Absaugung des vorhandenen Nasensekretes und eine Ansaugung in den Nebenhöhlen etwa vorhandenen Eiters. Durch öftere Wiederholung dieser „Saugtherapie" werden Nase und Nebenhöhlen gereinigt und ausserdem eine Hyperämie hervorgerufen, die neben der erzielten mechanischen Reinigung eine sanitäre Wirkung auf den Heilungsprocess im Gefolge hat. Die täglich des öfteren zu wiederholende Saugtherapie kann dem Patienten selbst überlassen werden. Autor berichtet zur Illustration über eine Reihe einschlägiger mit Erfolg behandelter Fälle. Das Instrument ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

10) **De la Camp** (Berlin). **Ueber Rhinorrhoea cerebrospinalis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 3. Vereinsbeilage. 1904.*

Vorstellung eines Falles in der Gesellschaft der Charité-Aerzte. Anamnestisch wird ein Sturz auf den Hinterkopf vor $6^1/_2$ Jahren hervorgehoben. Seit 4 Jahren Störungen der Hirnnerven wechselnder Natur, Opticusatrophie, Anfälle von Schwindel und Erbrechen, Pulsverlangsamung. Nach solchen Anfällen Schnupfen aus dem linken Nasenloch; rhinoskopisch bei vorgebeugtem Kopf „am Nasendach" Tropfenbildung sichtbar. Im Maximum während 24 Stunden Produktion von 180 ccm wasserklarer Flüssigkeit, deren chemische Untersuchung ihren Charakter als Cerebrospinalflüssigkeit feststellt. Wahrscheinlichste Diagnose: Hirntumor.

In der Discussion erwähnt Senator, dass er einen Fall von Otorrhoea cerebrospinalis nach Trauma gesehen habe. Jacob fragt an, ob die Diagnose Cysticercus und Echinococcus berücksichtigt sei. Graf regt die Frage an, ob es sich nicht um eine traumatische Fissur durch das Siebbein handeln könne. Kraus, Westenhöffer, Michaelis sprechen zur Diagnose Cysticercus, Henneberg zur Localisation des angenommenen Hirntumors. ALBANUS (ZARNIKO).

11) **George C. Coll. Spontane Absonderung von Cerebrospinalflüssigkeit. (Spontaneous discharge of cerebrospinal fluid.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

12) **Vigouroux. Ständiger Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis aus der Nase. (Ecoulement continu de liquide cephalo-rachidien par le nez.)** *Soc. de neurologie. 1. December 1904.*

Der Fall betraf eine 28 jährige Geisteskranke. Die Menge der ausfliessenden Flüssigkeit betrug täglich 800 g. Trotzdem der Ausfluss mit wechselnder Intensität seit neun Monaten besteht, ist das Allgemeinbefinden gut. A. CARTAZ.

13) **Sidney J. Schwab** und **John Green. Ein Fall von Rhinorrhoea cerebrospinalis mit Veränderungen an der Retina. (A case of cerebrospinal rhinorrhea with retinal changes.)** *American Journal of Medical Science. Mai 1905.*

Es wird ein bei einer 32 jährigen Frau beobachteter Fall berichtet. Verf. betont, dass die in diesen Fällen vorhandenen Veränderungen im Auge wahrscheinlich nicht accidentell sind, sondern einen wesentlichen Bestandtheil des Krankheitsbildes ausmachen. EMIL MAYER.

14) **M. Fernandez Pinciro** (Madrid). **Pathologie und Behandlung der Ozaena (Rhinitis atrophica foetida). (Patogenia y tratamiento del ozena — rinitis atrófica fétida.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 20. April 1904.*

Eingehende Beschreibung der bekannten Aetiologie und Therapie der Ozaena, wobei Verf. den submucösen Paraffin-Injectionen in der Behandlung den Vorzug giebt. R. BOTEY.

15) **Fliess** (Berlin). **Die Behandlung der Ozaena mit Hartparaffininjectionen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1904.*

Verf. konnte in der Herzfeld'schen Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Berlin bei 12 Ozaenafällen mit 32 Hart-Paraffin-Injectionen nach Eckstein in die unteren Muscheln, zum Theil auch ins Septum Borken, Krusten und üblen Geruch besser als mit anderer Behandlung beseitigen. Eine absolute Heilung wurde nicht erreicht. Keine üble Zufälle, nur ein paar Mal vorübergehende Schmerzen und einmal Infiltration zwischen den Augenbrauen.

ALBANUS (ZARNIKO).

16) Clement T. Theisen. **Aetiologie und Diagnose der Ozaena und ihre Beziehungen zur Lungentuberculose. (The etiology and diagnosis of ozona and its relation to pulmonary tuberculosis.)** *The Laryngoscope. October 1904.*

Cfr. Verhandlungen der XXVI. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft in Atlantic City. Juni 1904. EMIL MAYER.

17) Emil Döbeli (Bern). **Ueber die Bildung des Sekrets bei der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 142.*

Verf. untersuchte nach gründlichster Reinigung der Nase das hervortretende Secret fortlaufend von Stunde zu Stunde. Er stellte fest, dass es grösstentheils aus Leukocyten, zum kleinsten Theile aus Mastzellen besteht, die aus dem reichlich unter dem Epithel vorhandenen adenoiden Gewebe durch die Schleimhaut hindurchtreten; alles andere ist secundäre Veränderung und Beimischung, auch der Abel'sche Bacillus, den Verf. für identisch mit dem Friedländer'schen Pneumobakterium hält. Das frische Secret tritt ziemlich constant fleckenweise auf bestimmten Schleimhautbezirken auf und verbreitet sich von diesen aus diffus weiter. — Von den zahlreichen Theorien über die Pathogenese steht nach D.'s Ansicht besonders die von Cholewa und Cordes vertretene Annahme einer primären rareficirenden Ostitis der Nasenschleimhaut mit diesem Verhalten des Secrets im Einklang. F. KLEMPERER.

18) Notiz des Herausgebers. **Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozena.)** *N. Y. Medical News. 29. April 1905.*

Zwei Maassnahmen sind erforderlich: Die Entfernung der Borken durch Einlegen von Wattetampons und Ausspülungen der Nase. Lyon empfiehlt für letzteren Zweck eine Lösung von 1 Theelöffel Soda auf $^1/_4$ Liter lauwarmen oder Salzwasser. Nach einigen Tagen soll man beginnen, antiseptische Ausspülungen mit einer schwachen Carbolglycerinlösung in Wasser zu machen. LEFERTS.

19) Ernst Barth. **Ein neuer Fall von Rhinosklerom in Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 573.*

Der Fall, den Verf. eingehend bespricht, stammt aus Macharren im Kreise Sensburg, welcher unmittelbar an die den ostpreussischen Skleromherd bildenden Kreise Lyck und Johannisburg anschliesst. F. KLEMPERER.

20) Ranzi. **Rhinosklerombehandlung mit Röntgenstrahlen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 2. December 1904.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 49. 1904.*

Nach circa 35 Bestrahlungen mit weichen Röhren unter sorgfältiger Deckung der übrigen Partien des Gesichtes erfolgte vollständiges Verschwinden der Infiltrate der äusseren Nase. Die Behandlung dauerte $5^1/_2$ Monate. In der Discussion, die sich an diese Demonstration anschloss, berichtet Weinberger über einen mit Finsenstrahlen erfolglos behandelten Rhinoskleromfall. HANSZEL-CHIARI.

21) **Max Toeplitz** und **Henry Kreuder. Rhinosklerom. (Rhinoscleroma).** *N. Y. Medical Record. 28. Januar 1905 und American Journal of Medical Science. Juli 1905.*

Bericht über zwei Fälle, die Frauen von 25 und 27 Jahren betreffen, nebst histologischem Befund der vom Nasenflügel entfernten Geschwulst.

EMIL MAYER.

22) **Erbrich. Cyste der linken Nasenhälfte. (Torbiel sewego Nozdza.)** *Med. No. 39. 1904.*

Bei einer 47 jährigen Frau, welche an Nasenobstruction litt, wurde eine glatte, pralle, wallnussgrosse Geschwulst gefunden, welche den ganzen Nasengang verlegte. Nach der Exstirpation zeigte sich, dass es sich um eine Cyste handelte, die von den unteren Theilen des linken Nasenflügels ausging.

A. v. SOKOLOWSKI.

23) **C. Compaired** (Madrid). **Voluminöses und ausgedehntes elfenbeinhartes Osteom der Nasenhöhlen, der Kiefersinus und der Wangen; Operation; Heilung. (Voluminoso y extenso osteoma ebúrneo de las fosas nasales, senos maxilares y mejillas. Operacion. Curacion.)** *El Siglo Médico. 28. Juni und 12. Juli 1903.*

Eingehender Bericht des Falles mit näherer Auseinandersetzung des operativen Eingriffes, welcher in 5 Sitzungen erfolgte.

R. BOTEY.

24) **W. G. B. Harland. Papillome bei einem syphilitischen Kinde, die beide Nasenlöcher verstopfen. (Papillomas in syphilitic child occluding both nostrils.)** *American Medicine. 1. April 1905.*

Es handelte sich um ein 8 jähriges Negerkind, bei dem weiche Tumoren, die vom Grunde beider Nasenlöcher entsprangen, die Athmung verlegten. Sie verschwanden schnell unter Anwendung von Jod und Quecksilber bei gleichzeitiger Localapplication von Silbernitrat. Verf. erklärt die Affection als eine Wucherung des Papillarkörpers des Chorions; es handelt sich um keine syphilitische Veränderung, sondern um eine solche, die bei Individuen mit specifischer Infection vorkommt.

EMIL MAYER.

25) **Garcia Tapia** (Madrid). **Blutender Polyp der Nasenscheidewand. (Polipo sangrante del tabique.)** *Revista de Especialid. Médic. 15. Juli 1904.*

Die genannte Neubildung, ein telangiectatisches Fibrom, gab zu starken Blutungen Anlass und erforderte ein mehrfaches Interveniren mit Entfernung eines kleinen Theiles der Scheidewand.

R. BOTEY.

26) **A. Garcia Tapia** (Madrid). **Fibro-Angiom der Nasenscheidewand. (Fibroangioma del septum.)** *Revist. de Médic. y Cirug. No. 856. 1904.*

Der Tumor, von der Grösse einer kleinen Nuss, adhärirte an dem vorderen unteren Theile der Scheidewand und verursachte zahlreiche Blutungen. Exstirpation musste wegen Reproduction zweimal erfolgen.

R. BOTEY.

27) **Max Toeplitz. Syphilitische Nasengeschwülste. (Nasal syphilitic tumors.)** *American Journal of Medical Sciences. Mai 1904.*

Die Diagnose dieser Geschwülste ist, wenn der Patient nicht andere Anzeichen von Syphilis aufweist, schwierig. Die mikroskopische Untersuchung giebt keinen positiven Hinweis auf die specifische Natur der Tumoren. Die Neubildungen sind reine Bindegewebsgeschwülste, die aus dem subcutanen Bindegewebe ihren Ursprung nehmen. Die Riesenzellen, die den Langhans'schen Tuberculoseriesenzellen ähnlich sind, stellen Proliferationen des Endothels der kleinen Venen dar; auch die Leukocyten nehmen an ihrer Bildung Theil.

Alle Perforationen sind nicht syphilitischen Ursprungs. EMIL MAYER.

28) **Harmon Smith. Nasenfibrom, mittels Injection von Monochloressigsäure behandelt. (Naso-fibroma treated by injections of mono-chlor acetic acid.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Verf. hat die Nasenrachenspritze dahin verändert, dass die Nadel länger gemacht ist, so dass sie tiefer in das Gewebe eingestochen werden kann; ferner wird die Spitze der Nadel cachirt, bis sie zu der Einstichstelle gelangt ist. Es wird so vermieden, dass beim Einführen oder Herausziehen der Nadel das Gewebe der Nachbarschaft verletzt wird. EMIL MAYER.

29) **J. Payson Clark. Gliom der Nase. Bericht über zwei congenitale Fälle. (Glioma of the nose. Report of two congenital cases.)** *American Journal of Medical Sciences. Mai 1905.*

Der Bericht der pathologischen Anatomen in dem ersten Falle lautete folgendermaassen: Die Diagnose muss nach dem Präparat auf Gliom lauten. Das Gliom mag mit dem Gehirn zusammenhängen, es ist aber nicht unwahrscheinlich, dass es mit einem teratomatösen Tumor in der Nachbarschaft vergesellschaftet ist. Im zweiten Fall: Die Zellen sind sehr gross, haben einen excentrisch liegenden Kern und fibrilläre Fortsätze. Stellenweise sind Lymphräume von dem gliomatösen Gewebe erfüllt und ausgedehnt, und Stränge desselben werden in der Submucosa nahe der eigentlichen Schleimhaut gesehen.

Verf. ist geneigt zu glauben, dass diese Geschwülste während des Fötallebens entstehen, indem embryonales Gewebe, das später zu Neuroglia wird, zwischen die nachher zusammenkommenden Hälften des Stirnbeins versprengt wird.

In beiden Fällen war die Geschwulst absolut gutartig. Im ersten Falle hatte sie seit der Geburt bis zum zweiten Lebensjahre an Grösse nicht zugenommen. Sechs Monate nach der Entfernung war kein Recidiv vorhanden. Im zweiten Falle wird der Tumor seit einem Jahre beobachtet; während dieser Zeit ist keine Veränderung an ihm constatirt worden. EMIL MAYER.

30) **Röpke. Ueber das Endotheliom der Nasenhöhle.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1904.*

Mittheilung eines Falles bei einer 23jährigen Frau; der Tumor war vom linken Proc. pterygoideus ausgegangen, wuchs dann in die Flügelgaumengrube und comprimirte das Ganglion sphenopalatinum, den knorpeligen Theil der Ohrtrompete und wuchs dann in die Nase, Siebbeinzellen, Kieferhöhle und Keilbein-

höhle; schliesslich brach die Geschwulst in die Schädelhöhle durch. Die Ursache der Neubildung war ein Trauma gewesen.

SCHECH.

31) **V. Cozzolino. Melanosarkom der Nasenschleimhaut mit Untersuchungen über die Entstehung des melanotischen Pigments.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 77.*

Kurzer klinischer Bericht über einen Fall. Den Hauptheil der Arbeit nimmt die eingehende histologische Untersuchung ein, welche sich zur Wiedergabe im Referat nicht eignet. Den letzten Theil bilden chemische Untersuchungen über das Pigment, dessen Herkunft Verf. nicht durch Resorption eines blutigen Ergusses, sondern durch eine Umwandlung eines Blutfarbstoffes in Pigment im Kreislauf selbst erklärt.

F. KLEMPERER.

32) **J. A. Watson. Sarkom des Naseninnnern. (Sarcoma of the nasal passages.)** *American Medicine. 2. April 1904.*

Vorliegende Studie basirt auf der Betrachtung von 150 aus der Literatur gesammelten Fällen. Das Prädilectionsalter für das Nasensarkom scheint das 5. Jahrzehnt zu sein; Männer erkranken häufiger als Weiber. Verf. hält die Entstehung durch Umwandlung von gewöhnlichen Polypen nicht für unwahrscheinlich. Die Symptome sind der Häufigkeit nach: Stenose, Blutung, Schmerzen, übelriechender Ausfluss und äussere Deformität. In 64 Fällen betrug der Procentsatz der Heilungen durch intracraniale Operationen 54—68 pCt.

EMIL MAYER.

33) **Frederic C. Cobb. Bösartige Geschwülste der Nase und des Nasenrachens. (Malignant growths of the nose and nasopharynx.)** *The Laryngoscope. August 1904.*

Unter den Sarkomen sind, der Häufigkeit nach geordnet, zu unterscheiden: Spindelzellen- oder Fibrosarkome, klein- oder grosszellige Rundzellensarkome, Angiosarkome, Melanosarkome und Riesenzellensarkome. Verhältnissmässig selten sind die Endotheliome. Die Carcinome sind häufiger als die Endotheliome, jedoch weit seltener als die Sarkome. Diagnostische Irrthümer werden häufig infolge der glandulären Structur mancher gutartigen Nasengeschwülste gemacht. Adenome oder Fibroadenome können bisweilen von den Carcinomen nur durch den klinischen Verlauf unterschieden werden.

EMIL MAYER.

34) **John Mc. Coy. Adenocarcinom der Nase. Killian'sche Operation zur radicalen Entfernung. (Adeno-Carcinema of nose. Killian's operation for radical removal.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall. Er behauptet, es existirten überhaupt deren neun. Das Resultat der Operation war, dass nach 6 Wochen Heilung eingetreten war; das kosmetische Resultat war im höchsten Grade befriedigend.

EMIL MAYER.

35) **J. Kikuchi. Der histologische Bau der Knochenblasen in der Nase nebst Bemerkungen über Wachsthum und Entstehung derselben.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 308. 1903.*

Verf., der auf der Körner'schen Klinik 15 Fälle von Knochenblasen der

mittleren Nasenmuscheln histologisch untersucht hat, fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Knochenblase kann schon in der Knorpelzeit der fötalen Muscheln entstehen. Mein Fall deutet auf den 4. Fötalmonat hin. Ich fasse sie als eine aberrirte Siebbeinzelle in der mittleren Muschel auf, denn

2. die Beschaffenheit der Innenschleimhaut der Knochenblase ist identisch mit derjenigen der Siebbeinzellen. Ihre Schleimdrüsen localisiren sich an der Mündungsgegend der Blase.

3. Die Erweiterung resp. Verdünnung der Knochenwand der Blase wird durch Resorptionsprocesse im Anschluss an eine im Ablauf begriffene Entzündung allmälig eintreten.

F. KLEMPERER.

36) A. Onodi. **Die Muschelzellen (sogenannte Knochenblasen).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 306.*

O. fand Knochenblasen 7 mal in der mittleren Muschel und 1 mal in der oberen; sie mündeten in allen Fällen in den oberen Nasengang. „Die sogen. Knochenblasen sind Bildungsanomalien, Siebbeinzellen congenitalen Ursprungs in der mittleren und oberen Muschel und daher ist Muschelzelle die entsprechende Bezeichnung." Der Inhalt der Muschelzellen kann Luft, Schleim oder Eiter, ihre Wandung und die auskleidende Schleimhaut kann normal oder pathologisch verändert sein; durch pathologische Veränderungen können die Muschelzellen wachsen und verschieden grosse blasenartige Formen annehmen, sowie verschiedene Symptome hervorrufen.

F. KLEMPERER.

37) Bobone. **Völlige congenitale linksseitige Nasenverstopfung durch eine Knochen-Knorpelblase der unteren Muschel. (Obstruction totale d'origine congénitale de la narine gauche par un kyste ostéo-cartilagineux du cornet inférieur.)** *Arch. Intern. de laryngol. No. II. März-April 1905 und Bollett. delle Malattie dell'orecchio etc. No. I. 1905.*

Während Knochenblasen der mittleren Muschel häufig beschrieben werden, sind solche der unteren Muschel bisher nicht beobachtet worden. Verf. theilt einen Fall mit, in dem er die Geschwulst in mehreren Sitzungen entfernte.

E. J. MOURE.

38) E. J. Moure. **Ueber einen Fall von Mucocele des Siebbeins. (Sur un cas de mucocèle éthmoidale.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. I. 1905.*

Die Mucocele war bei dem 18jährigen Patienten ganz besonders gross; sie hatte das Volumen eines Hühnereies. Der Tumor hatte infolge seines raschen Wachsthums, durch sein Aussehen und die durch ihn bewirkte äussere Deformation der Nase den Verdacht auf eine maligne Neubildung erweckt.

AUTOREFERAT.

39) Wendell C. Phillips. **Die untere Muschel; ihre Function, Erkrankungen und Behandlung. (The inferior turbinate bone, its function, disease and treatment.)** *American Journal of Medical Science. Juli 1905.*

Was die Behandlung betrifft, so ist P. kein Freund von Aetzmitteln; der Galvanokaustik räumt er nur einen zweifelhaften Werth ein. Die beste Operations-

methode besteht in einem glatten Schnitt mittels besonders construirter Scheeren durch Weichtheile und Knochen hindurch. Die Wunde soll mit einer dünnen Lage Gaze bedeckt werden, die in 12proc. Lösung von essigsaurer Thonerde getaucht ist, der etwas Adrenalin zugesetzt ist.

EMIL MAYER.

40) **G. Ferrari. Practische Methode der Conchotomie. (Metodo pratico di turbinotomia.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringojatrica della R. Università di Roma. Anno II. 1904.*

Verf. ist kein Freund chemischer und kaustischer Mittel und bevorzugt die blutige Methode. Beim Gebrauch scheerenförmiger Instrumente oder Sägen kann es vorkommen, dass die in ihrem vorderen Theil abgeschnittene Muschel mit ihrem hinteren Ende noch hängen bleibt. Verf. schlägt daher vor, die Muschel mit einem besonderen Instrumente anzuhaken, das in einem langen und dünnen, fast rechtwinkling an einem Handgriff befestigten Haken besteht mit einem Oehr in der Mitte. Man fixirt mittelst dieses Hakens die Muschel an ihrem hinteren Ende, fädelt in den Haken einen starken Faden, den man einem Assistenten übergiebt und macht den Haken vom Handgriff los. Jetzt wird — am besten mit einer Säge — die Conchotomie gemacht. Ist die Muschel gleich völlig abgetrennt, so kommt das resecirte Stück mit dem Haken zusammen heraus, anderenfalls kann man unter Leitung des Hakens eine Schlinge umlegen und so die Operation zu Ende führen.

FINDER.

41) **Rindfleisch** (Weimar). **Bericht über 627 Conchotomien.** (Aus der Klinik von Dr. Ruprecht, Bremen.) *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 3 u. 4. 1905.*

Eingehender, kritischer, durch Krankengeschichten illustrierter Bericht über die Beseitigung von Muschelhypertrophien vermittels partieller Conchotomie, der Autor vor allen anderen Methoden den Vorzug giebt; zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

42) **Dudley S. Reynolds. Turbinectomie. (Turbinectomy.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Verf. bevorzugt für die Entfernung der Muschel die Säge. Er bedient sich zweier Arten von Instrumenten; bei dem einen sind die Zähne fein und gleichmässig, bei dem anderen sind sie derber und durch Zwischenräume unterbrochen. Die Zähne sollen in solchem Winkel angeordnet sein, dass sie nur beim Vorwärtsstossen der Säge schneiden, nicht aber beim Zurückziehen derselben. Die Spitze soll gut abgerundet und glatt, der Rücken soll ein wenig dünner sein, als die Schneide.

EMIL MAYER.

43) **E. Schmiegelow. Eine rhinologische Merkwürdigkeit.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 369.*

Abbildung eines Mannes, der den Unterkiefer so weit nach vorn und nach oben zu schieben vermag, dass er sich in die Nase beissen konnte.

F. KLEMPERER.

44) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Ueber die Nasentamponade.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1905.*

Autor empfiehlt zur Nasentamponade Eisenchlorid-Watte und erörtert eingehend die Technik der Tamponade.

HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **Sinnhuber** (Berlin). **Ueber motorische Reizerscheinungen im Pharynx und Larynx.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1904.*

In der Berliner medizinischen Gesellschaft kinematographische Demonstration eines Patienten, der etwa 140 Mal in der Minute ein fortwährendes Zucken des weichen Gaumens, der hinteren Pharynxwand, der Stimmbänder und der Aryknorpel aufwies. Ausserdem etwas abweichende, beständige Zuckungen im Facialisgebiet und Parese der Zungenmuskulatur. Diagnose — am wahrscheinlichsten ein Krankheitsprocess in der hinteren Schädelgrube — wird offen gelassen.

In der Discussion des Vortrages betont Oppenheim die Verschiedenheit der Zuckungen im Facialisgebiet mit denen des Gaumensegels und der Stimmbänder, was gegen eine Beziehung des Facialis zur Gaumensegelinnervation spräche. Brasch hält Paralyse, Rothmann und Heymann Hysterie für nicht ausgeschlossen.

ALBANUS (ZARNIKO).

46) **B. H. Stone. Ein neuer pathogener Microorganismus im Halse. (A new pathogenetic throat organism.)** *N. Y. Medical Record. 13. August 1904.*

Stone's neuer Microorganismus verursacht eine Erkrankung, die einer leichten Diphtherie etwas ähnelt. Die Infection mit diesem Diplococcus ruft ausgesprochene Allgemeinsymptome hervor, die plötzlich auftreten und kurze Zeit anhalten. Das tinctorielle und culturelle Verhalten des Microorganismus, sowie die Impfversuche auf Thiere werden beschrieben.

LEFFERTS.

47) **S. W. Langmaid. Die Wirkungen des Tabaks auf den Hals. (The effects of tabacco upon the throat.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. Juni 1905.*

Cfr. Verhandlungen der Jahresversammlung der Amerikanischen medicinischen Gesellschaft in Atlantic City. 3. Juni 1904.

EMIL MAYER.

48) **A. G. W. van Waveren** (Harlem). **Ein Fall von bakteriologischer Halsuntersuchung. (Een geval betreffende bacteriologisch keelonderzoek.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1544. 1904.*

Ein Fall von gutartig verlaufener Halsentzündung, wo nur mässige Hyperämie der Halsschleimhäute bestand, wo indessen zahlreiche Diphtheriebacillen aufgefunden wurden. Einige Tage später erkrankte ein jüngerer Bruder an unzweifelhafter Diphtherie. Die bacteriologische Untersuchung soll häufiger wie jetzt bei Halsentzündungen gemacht werden.

H. BURGER.

49) **Lee Maidment Hurd. Bericht über einen Fall von Mycosis des Halses mit X-Strahlen behandelt. (Report of a case of mycosis of the throat treated by the X-Rays.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Tonsillen und Pharynx wurden den X-Strahlen direct durch einen Spiegel ausgesetzt, während das Gesicht vor ihrer Einwirkung geschützt wurde. Zungentonsille und Larynx wurden von aussen her durch die Gewebe des Halses hindurch behandelt. Im ganzen wurden 41 Sitzungen, zu je 10 Minuten, gemacht. In den meisten Fällen geschah die Application durch die Halsgewebe hindurch.

Die Mycosis trat nicht wieder auf; Pat. blieb auch fernerhin frei von Laryngitis. Verf. führt die Heilung auf die Einwirkung der X-Strahlen zurück; er konnte wenigstens constatiren, dass der Pat. nach jeder Sitzung ein erhebliches Gefühl von Besserung angab.

EMIL MAYER.

50) **Shebrowski. Zur Frage der Secretionsthätigkeit der Parotis beim Menschen. (K woprosu ob otdelitelnai rabote okolanschnei shelesi w tscheleweka.)** *Russ. Wratsch. No. 4—9. 1905.*

Sh. war in der glücklichen Lage, 2 Kranke zu gleicher Zeit zu beobachten, die beide eine äussere Speichelfistel an der Parotis hatten.

Im Verlaufe von längerer Zeit stellte er eine Reihe von sehr sorgfältigen Beobachtungen an, an der Hand welcher er die Resultate früherer Forscher, angefangen von Mitscherlich und Claude Bernard bis zu Pawlow und seinen Schülern theils controlliren, theils vervollständigen, theils berichtigen konnte. Die Theorie Pawlow's, dass die Speichelabsonderung den Gesetzen der Zweckmässigkeit untergeordnet ist, konnte er nicht rückhaltlos bestätigt finden. Seine Arbeit enthält sehr viele Tabellen, so dass sie zum Referate nicht geeignet ist. Es seien einige seiner Schlussfolgerungen hier wiedergegeben.

1. Die Secretion der Parotis des Menschen ist verschieden; sie hängt von der Zusammensetzung der chemischen und physikalischen Eigenschaften der Erreger ab. Die Menge, Kraft, der Ort und die Art der Berührung des Erregers mit der Schleimhaut des Mundes hat Einfluss auf die Secretion.

2. Die Menge wirkt auf die Schnelligkeit der Secretion.

3. Die Kraft des Erregers wirkt auf die Menge und die Zusammensetzung des Secretes.

4. Das Kauen hat deutliche Einwirkung. Das einseitige Kauen ruft eine verstärkte Secretion auf der entsprechenden Seite hervor.

5. Der Alkaligehalt ist proportional der Menge der Asche. Mit der Schnelligkeit der Secretion steigt der Alkalismus.

6. Die verdauende Wirkung ist proportional dem Gehalt an organischen Bestandtheilen des Speichels.

7. Amylum wird um so mehr verdaut, je alkalischer der Speichel ist.

P. HELLAT.

51) **Du Cassaët** und **Lefèvre. Wiederholt auftretende Parotitis. (Parotidite à répétition.)** *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. December 1904.*

Verff. berichten über einen Fall von wiederholt auftretender Parotitis in Folge Resorption von Jodkali. Der letzte Anfall trat mehrere Monate nach Einnahme des Medicaments auf.

E. J. MOURE.

52) **A. Narath** (Utrecht). **Eine Berufskrankheit der Glasbläser. (Een beroepsziekte der glasblazers.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1421. 1904.*

Eine rechtsseitige Pneumatocele ductus Stenoniani et glandulae parotidis bei einem 42 jährigen Glasbläser, der seit ca. 9 Jahren beim Blasen eine allmälig zunehmende Schwellung vor dem rechten Ohre bemerkte, die ihn schliesslich arbeitsunfähig machte. Sondirung und Ausspülung des Ductus hatten keinen Erfolg. Februar 1902 Aufnahme in die Klinik. Beim Aufblasen der Wangen bildete sich sofort eine Schwellung im Gebiete der Drüse sammt Ausführungsgange, die beide auf der hypertrophischen Wange deutlich sichtbar sind. Die Geschwulst zeigt einen hoch-tympanitischen Percussionston und verschwindet auf Fingerdruck unter charakteristischem, demjenigen bei der Darmbruchreposition ähnlichem Geräusch. Der Inhalt besteht aus Luft und Schleim. 13. Februar 1902 wird in Narkose der Ductus mittelst Hautschnitt freigelegt, sein freies Ende lospräpariert, und, nach schräger Sonden-Durchbohrung der Wangenmusculatur und der Schleimhaut an eine tiefere Stelle der Mundhöhle geführt. Anfänglich war der Erfolg sehr gut; die Parotis wurde nicht mehr aufgeblasen. Später indessen traten bei Verengerung der Ausmündung Secretverhaltung und nach Sondirung wiederholt Entzündungserscheinungen auf.

Schliesslich Radicaloperation: Exstirpation des Ductus und der Parotis. Ein kleiner Rest in der Nähe des N. facialis wurde zurückgelassen, nach aussen drainirt und später mittelst Alcohol und Chlorzink vernichtet. Keine Facialisläsion.

Der Pat. ist wieder arbeitsfähig, allein er hat jetzt leider beim Blasen unerklärliche Schmerzen in der Magengegend.

In der Discussion theilt Baart de la Faille einen weiteren Fall mit. Ein Glasbläser zog sich bei der Arbeit eine acute Parotitis zu. Nach einigen Ruhetagen schien er hergestellt zu sein und übernahm wieder seine Arbeit. Am zweiten Tag aber beim Blasen plötzlich ein Knall in der Wangengegend, heftiger Schmerz und bald ein ausgedehntes subcutanes Hals-Emphysem. Jetzt, nach einigen Wochen scheint der Patient von seiner vermuthlichen Ruptur des Ductus Stenonianus genesen zu sein.

H. BURGER.

53) **Gürich** (Parchwitz). **Ueber die Beziehungen zwischen Mandelerkrankungen und dem acuten Gelenkrheumatismus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1904.*

Auf Grund klinischer Erfahrungen weist Autor darauf hin, dass in vielen Fällen der acute Gelenkrheumatismus als Folge einer fossulären Angina (chron. desquamative Entzündung der Mandelgruben) anzusprechen ist. Zur Stütze dieser Auffassung führt Gürich eine Reihe von Fällen an, bei denen durch Jahre hindurch ständige, zahlreiche Recidive von Gelenkrheumatismus auftraten, die mit Behandlung der Tonsillen (Tonsillotomie, bezw. Tonsillenschlitzung und Curettement) sistirten und nicht mehr wiederkehrten. Anatomische, pathologisch-anatomische und therapeutische Erörterungen über die Angina fossularis, die mehr für den practischen Arzt bestimmt sind, bilden den Rahmen des interessanten Vortrages.

HECHT.

54) **Monnier. Ein Fall von Tetragenus-Angina. (Un cas d'angine à tetragène.)** *Arch. internat. de laryngol. No. VI. 1904.*

Der Tetragenus kann Pseudocroup und pseudo-membranöse Anginen hervorrufen; charakteristisch ist die Anwesenheit einer grossen Zahl weisser Pünktchen auf der Schleimhaut.

E. J. MOURE.

55) **Róna** (Budapest). **Zur Aetiologie und Pathogenese der Plaut-Vincent'schen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica, beziehungsweise der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa und der Lungengangrän.** *Arch. f. Dermatol. 74. Bd. 1905.*

Die Vincent'sche Angina, die Stom. ulcerosa, die Stom. gangraenosa, die Noma müssen in Anbetracht der Identität der Localisation, des klinischen und pathologisch-anatomischen Charakters und der histologischen Structur in der Aehnlichkeit der letzeren als ein und derselbe, bloss Intensitäts- und Extensitätsunterschiede zeigende Process betrachtet werden. Bei sämmtlichen ist stets ein Spirillum und eine Art von Bacillen (fusiform.) an der nekrotischen Oberfläche nachweisbar, in der Tiefe des Gewebes nur der letztere Bacillus. Die Stomatitis ulcerosa et gangraenosa mercurialis unterscheidet sich von den vorherigen nur darin, dass in diesem Falle die allgemeine Schwäche, die locale Disposition, die herabgesetzte Vitalität der Gewebe durch den Mercur hervorgerufen wird.

SEIFERT.

56) **Saxton Pope. Streptokokkenangina und ihre renalen Complicationen. (Streptococcus Angina and its renal complications.)** *California Medical Bulletin. April 1905.*

Unter 108 Fällen renaler Affectionen hatten 78 lacunäre Tonsillitis, 30 eine einfache Angina gehabt. Bei 75 pCt. fand sich der Streptococcus, bei 10 pCt. Staphylococcus aureus, bei den übrigen Mischculturen. Alle Fälle mit Löffler-schen Bacillen wurden ausgeschlossen.

EMIL MAYER.

57) **Busquet. Herzstörungen als späte Folgeerscheinungen nach Angina. (Des troubles cardiaques tardifs consécutifs aux angines.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. Juni 1904.*

Die Herzstörungen zeigen sich erst lange Zeit, nachdem bereits anscheinend Heilung eingetreten ist. Verf. führt einen typischen Fall an.

E. J. MOURE.

58) **Ito** (Fukuoka in Japan). **Ueber primäre Darm- und Gaumentonsillentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1904.*

Verf. theilt aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin ausser Fällen von primärer Darmtuberculose zwei Fälle von primärer Tuberculose der Gaumentonsillen mit, die durch die mikroskopische Untersuchung in Form von solitären Tuberkeln aufgedeckt wurde. Verf. sieht diese Tuberculose als primäre Fütterungstuberculose an, d. h. hervorgerufen durch Tuberkelbacillen enthaltende Nahrung, nicht durch eigenes tuberculöses Sputum. Die primäre Gaumentonsillentuberculose, die meist nur „bei verminderter Widerstandsfähigkeit oder bei besonderer Disposition eintritt", verläuft sehr leicht, meist ohne Geschwürsbildung.

ALBANUS (ZARNIKO).

59) **George B. Word. Die Bedeutung tuberculöser Befunde in den Tonsillen. (The significance of tuberculous deposits in the tonsils.)** *The Journal of the American Medical Association. 6. Mai 1905.*

Das Tonsillargewebe ist infolge seines besonderen anatomischen Baues und seiner topographischen Beziehungen mehr geneigt, tuberculös inficirt zu werden, als andere Theile der oberen Luftwege. In fast allen Fällen vorgeschrittener Lungenphthise werden die Gaumentonsillen mit afficirt. In fast 5 pCt. der hypertrophischen Rachentonsille findet sich irgend welche Form von primärer Tuberculose; primäre Infection der Gaumentonsillen ist seltener.

Tuberculöse Adenitis der Halsdrüsen entsteht in der Mehrzahl der Fälle durch eine Infection, die bisweilen von der Rachentonsille, häufiger von der Gaumentonsille ihren Ursprung nimmt.

Der Tuberkelbacillus ist wahrscheinlich unfähig, durch die Tonsillen hindurchzuwandern, ohne erst die vitale Resistenz des Tonsillargewebes überwunden zu haben. Die Gefahr einer allgemeinen oder pulmonären Infection von einer tuberculösen Veränderung der Tonsille aus ist fast gleich der einer Tuberculose der Halsdrüsen. Die grösste Gefahr, die durch Anwesenheit verkäster Halsdrüsen entsteht, ist die miliare Tuberculose der Lungen.

Die Tonsillen sind der Einwirkung von Bakterientoxinen gegenüber resistenter als gewöhnliches Lymphgewebe.

EMIL MAYER.

60) **G. A. Aschman. Primäre Syphilis der Gaumenmandel. (Primary syphilis of the faucial tonsil.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 27. Mai 1904.*

Zwei Fälle werden berichtet.

EMIL MAYER.

61) **Thos. J. Harris. Primäre Ulceration der Tonsille nebst Bemerkungen über Tonsillarulcerationen im Allgemeinen. (Primary ulceration of the tonsil together with some remarks on tonsillar ulcerations in general.)** *American Medicine. 23. Juli 1904.*

Cfr. Verhandlungen der XXVI. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft Juni 1904.

EMIL MAYER.

62) **D. W. Montgomery. Primäraffect der Tonsille. (Primary lesion of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juni 1905.*

Verf. hat zwei Fälle von Schanker der Tonsille beobachtet. In dem einen Falle war einem jungen Mädchen zwei Wochen vorher die Tonsille entfernt worden und die geschwollenen regionären Lymphdrüsen waren unter der falschen Annahme, dass es sich um eine tuberculöse Adenitis handle, entfernt worden. In dem anderen Falle handelte es sich um einen Reconvalescenten nach Typhus, der ein Geschwür auf der linken Tonsille hatte, allgemeine Drüsenschwellung und ein maculo-papulöses Syphilid. Der Modus der Infection war in beiden Fällen nicht nachweisbar.

LEFFERTS.

63) **Notiz des Herausgebers. Schanker der Tonsille. (Chancre of tonsil.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. Juni 1905.*

Verf. berichtet über zwei Fälle und erörtert die Differentialdiagnose gegenüber der Diphtherie, Vincent'schen Angina etc.

EMIL MAYER.

64) **Edward L. Kellogg. Eine Uebersicht über die Behandlung entzündlicher Zustände im Halse durch Irrigation, und Beschreibung eines neuen Irrigatoransatzes. (A review of the treatment in inflammatory conditions of the throat by irrigation and a description of a new irrigator tip.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1905.*

Verf. beschreibt seine Methode der Irrigation mit heissen Salzlösungen, besonders bei diphtherischen und scarlatinösen Halsaffectionen. LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

65) **Arnold Knapp. Die Unterscheidung des Bacillus diphtheriae, B. xerosis und B. pseudo-diphtheriae durch Fermentationsproben. (The differentiation of B. diphtheriae, B. xerosis and B. pseudo-diphtheriae by fermentation test.)** *Journal of Medical Research. November 1904.*

Culturen von Diphtheriebacillen und B. xerosis bringt Dextrose, Mannit und Maltose zur Fermentation; der B. xerosis verhält sich gegenüber Saccharose als Ferment, während dies der Diphtheriebacillus nicht thut. Pseudo-Diphtheriebacillen wirken auf keine Zuckerart fermentativ. EMIL MAYER.

66) **Perry C. Beatle. Diphtherieepidemie in einem Waisenhaus; erfolgreiche Behandlung mit Antitoxin: 56 Fälle mit 3 Todesfällen. (Diphtheria epidemia in an orphans home: succesful treatment by antitoxin; 56 cases with 3 deaths.)** *Indiana Medical Journal. December 1904.*

Der Titel enthält den Inhalt. EMIL MAYER.

67) **A. Seibert. Ein Beitrag zur Diphtherie im frühen Lebensalter. (A contribution to diphtheria in early life.)** *Archivs of Pediatrics. Februar 1905.*

Verf. erwähnt einen Fall von latenter Nasendiphtherie bei einem 2 Jahre alten Mädchen; die Geschichte des Falles soll beweisen, dass negativer Ausfall der Untersuchung auf Löffler'sche Bacillen in einem zweifelhaften Falle keine Bedeutung hat und dass bei jedem Verdacht auf Diphtherie die Anwendung von Serum indicirt ist. Ferner wird berichtet über eine Diphtherie der Zunge, der Lippen und der Conjunctiva mit geringen Symptomen von Allgemeininfection bei einem 7 Wochen alten Knaben. Die Anwendung des Behring'schen Diphtherieserums erwies sich in diesem Falle als wirksam.

Gaumensegellähmung nach latenter Diphtherie wurde bei einem 8 Wochen alten Knaben beobachtet. Obwohl in diesem Falle keine Membranen vorhanden waren, wurden 2000 I.-E. injicirt. Nachträglich angelegte Culturen zeigten die Anwesenheit des Löffler'schen Bacillus. Wenn reichlich Anschwellung der Nackendrüsen vorhanden ist, muss eine Infection des Nasenrachens vermuthet werden.

Verf. wendet das Antitoxin an, ohne den Ausfall der bakteriologischen Untersuchung abzuwarten. EMIL MAYER.



68) **W. D. Stewart. Frühzeitige Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (Early diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. September 1904.*

Die Erfahrung spricht dafür, dass 1000 I.-E., die innerhalb der ersten 24 Stunden injicirt werden, von grösserer Wirkung sind, als 5000—7000 I.-E., die in den dritten 24 Stunden oder später injicirt werden. Es kommt also alles auf eine möglichst frühzeitige Diagnose an.

EMIL MAYER.

69) **G. Castrannovo. Die Mischinfection bei der Diphtherie und ihre Behandlung. (Lo infezioni miste nella difterite e lore cura.)** *Riforma Medica. 24. Februar 1904.*

Verf. hat zahlreiche experimentelle Untersuchungen angestellt, die zu folgendem Ergebniss geführt haben: Bei einer gleichzeitigen Impfung von Streptokokken und Diphtheriebacillen ist nicht zu constatiren, dass beide Mikroorganismen sich gegenseitig in ihrer Virulenz beeinflussen. Injicirt man Streptokokken zusammen mit Diphtherietoxin, so tritt eine erhebliche Virulenzsteigerung der Streptokokken ein. Gleichzeitige Einwirkung von Pneumokokken und Diphtheriebacillen zeigt keine gegenseitige Virulenzsteigerung, während Inoculation von Peumokokken mit Diphtherietoxin meist eine leichte Abschwächung der Einzelwirkung zur Folge hat. Dem Marmorek'schen und Aronson'schen Antistreptokokkenserum kommt nur eine geringe präventive und heilende Wirkung zu.

FINDER.

70) **Flamini. Beitrag zum Studium der Nierenaffectionen bei Diphtherie. (Contributo allo studio delle lesioni del reno nella difterite.)** *Il Policlinico. Sez. Med. Fasc. IX. 1904.*

Auf Grund der urologischen Untersuchung in 70 Fällen und der histologischen Untersuchung in 11 Fällen kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass fast stets die Niere bei der Diphtherie afficirt ist. Die Nephritis diphtherica charakterisirt sich durch Läsion der Nierenepithelien. Besonders betroffen sind die Epithelien der Tubuli contorti und bisweilen auch des aufsteigenden Astes der Henle'schen Schleife.

FINDER.

71) **Notiz des Herausgebers. Der prophylactische und heilende Werth des Diphtherie-Antitoxin. (The prophylactic and curative value of diphtheria antitoxin.)** *The Journal of the American Medical Association. 25. Februar 1905.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

72) **M. Ponticaccia. Eine besondere Wirkung des Antidiphtherie-Serums. (Di una speciale azione del siero antidifterico.)** *La Pediatria. V. 1904.*

Verf. berichtet einen ein $4^1/_2$jähriges Kind betreffenden Fall, das auf der hinteren Rachenwand einen dünnen fest anhaftenden Belag zeigte und bei dem nach Injection von 5000 Pasteur'schen I.-E. Antidiphtherieserum innerhalb 2 Stunden Symptome einer ausgesprochenen Larynxstenose eintraten, die trotz operativen Eingriffes zum Tode führten. Verf. schliesst eine subglottisches Oedem aus und führt den Verlauf auf das Serum zurück.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **P. Bartels. Ueber die Nebenräume der Kehlkopfhöhle.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropologie. Bd. VIII. H. 1. S. 11.*

Aus der bemerkenswerthen Arbeit B.'s seien hier nur die den Menschen betreffenden Ergebnisse mitgetheilt. Als normaler Befund beim Menschen wurde erkannt: Die Nebenräume der Kehlkopfhöhle bestehen aus beiden Ventriculi laryngis (Morgagni) und deren Appendices. Die Ausdehnung dieser Räume beträgt durchschnittlich 1 cm (Luschka). Zwischen beiden Ventrikeln bezw. den Stimmbändern findet sich ausserdem vorn in der Medianlinie die Fovea centralis. Abweichende Befunde bei Menschen und zwar Vergrösserungen der Morgagni'schen Ventrikel nach oben finden sich in 3 Modifikationen: a) Vergrösserung des Morgagni'schen Ventrikels nach oben hin, die demselben mit breiter Basis ungestielt aufsitzt; b) Vergrösserung des Morgagni'schen Ventrikels, von ihrem vorderen Theil mit einem Stiele entspringend, nach oben hin sich fortsetzend und sogar die Membr. hyothyreoidea durchbohren könnend; c) Vergrösserung des Morgagni-schen Ventrikels, die von ihrem hinteren Abschnitte mit einem Stiele entspringend nach oben hin sich fortsetzt und sogar die Membr. hyothyr. durchbrechen kann.

Ferner wurden festgestellt Vergrösserungen des Morgagni'schen Ventrikels nach hinten.

Es wurde die Frage der Entstehung solcher Bildungen untersucht, und deshalb einerseits die Möglichkeit des pathologischen Ursprungs berücksichtigt, andererseits aber an über 20 Kehlköpfen von menschlichen Früchten und Neugeborenen ein genauer Befund erhoben. Es ergab sich, dass solche Vergrösserungen zwar erworben werden können, in einer sehr grossen Zahl von Fällen aber bereits angeboren vorkommen; es scheint sogar, als wenn beim Neugeborenen die stärkere Ausbildung dieser Nebenräume eine viel häufigere sei als beim Erwachsenen, so dass an einen für gewöhnlich eintretenden Rückbildungsprocess gedacht werden muss, der nur in einzelnen Fällen ausbleibt.

Es erscheint nach alledem erlaubt, die Vergrösserungen der Morgagni'schen Ventrikel als eine echte Theromorphie aufzufassen und ihre Entstehung mittelst des Atavismus zu erklären.

Schliesslich werden abnorme Nebenräume vorne in der Mittellinie beschrieben und zwar der Fall von medianem Ventriculus Morgagni von Brösicke, der Fall einer „queren Schleimhautfalte" vorn in der Mitte des Kehlkopfs von Hyrtl, und sicher pathologische Fälle wie Cysten u. s. w.

In Beziehung zur Rassenanatomie wird man sich endlich nicht dem Eindruck entziehen können, dass bei dem freilich geringen Beobachtungsmaterial eine auffällige Häufung von Vorkommnissen, wie rückwärtige Ausdehnung des Morgagni-schen Ventrikels, starke Ausbildung der Appendix, kräftige Entwickelung einer Forvea centralis aufgetreten ist, die dafür sprechen, dass der Kehlkopf des Negers mehr Neigung zur Theromorphie zeigt als der des Europäers.

J. KATZENSTEIN.

74) S. Citelli. **Ueber die Existenz einer Cartilago supracricoidea beim Menschen und seine morphologische Bedeutung. (Su l'esistenza di una cartilagine sopracricoidea nell'uomo e sulla sua importanza morfologica.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. IV. 1904.*

Verf. hat diesen überzähligen Kehlkopfknorpel in einem Fall bei einem 70jährigen Mann gefunden; er bildet einen normalen Befund bei vielen Thieren. Er liegt in der Tiefe vor der Insertion des Lig. jugale zwischen den beiden Musculi interarytaenoidei obliquus und transvers. unmittelbar vor der Ringknorpelplatte etwas nach rechts hinüber. Er hat die Form einer flach-convexen Linse; die hintere Fläche ist eben, die vordere ist convex und ausgetieft. Sein unterer Rand berührt den oberen Rand der Ringknorpelplatte; der übrige Teil befindet sich hinter dem M. arytaenoideus transversus und im selben Niveau mit dem Arytaenoideus obliquus. Seiner Structur nach verhält er sich wie hyaliner Knorpel.

Vom morphologischen Standpunkt liegt die Wichtigkeit darin, dass der Knorpel der Cartilago procricoidea entspricht, die bei vielen Thieren vorkommt und nicht der Luschka'schen Cartilago interarytaenoidea. Dies geht daraus hervor, dass die letztere sehr oberflächlich liegt, während die Cartilago procricoidea in der Tiefe gelegen ist. Ferner besteht die Cartilago interarytaenoidea aus Netzknorpel, die Cartilago procricoidea aus hyalinem Knorpel. FINDER.

75) Geronzi. **Ueber die Anwesenheit nervöser intramusculärer Ganglien in einigen Muskeln des Kehlkopfinnern. (Sur la presence de ganglions nerveux intramusculaires dans certains muscles intrinsiques du larynx.)** *Arch. intern. de laryngol. No. VI. 1904.*

Die betreffenden Muskeln sind: Die Crico-arytaenoidei postici, Cricothyreoideus, Thyreo-arytaenoideus. Es erübrigt noch, die Bedeutung dieser Ganglien nachzuweisen. E. J. MOURE.

76) Lalerski. **Ein Fall von angeborener Larynxmembran. (Przypadek błony wrodzonej krtani.)** *Nowiny Lekarskie. No. 5. 1904.*

Bei einem 25jährigen Manne, der über Heiserkeit seit Kindheit und über Athembeschwerden seit einem Jahre klagte, fand Verf. eine Verengerung des Larynxlumen, die durch reine dünne Membran bedingt war. Die Membran war gleich unter den Stimmbändern ausgespannt und umfasste die vorderen $^2/_3$ des Larynxlumen; im hinteren Theile des Larynxlumen befand sich eine runde Oeffnung. Die Stimmbänder zeigten normale Bewegung.

Mittelst doppelter Curette entfernte Verf. die Membran, worauf die Athembeschwerden und die Heiserkeit verschwand. A. SOKOLOWSKI.

77) Johann Fein. **Die Verklebungen im Bereiche des embryonalen Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 94.*

Verf. untersuchte 10 Embryonen. Der Process der Verklebung beginnt in der 4. Woche; die Lösung derselben scheint in der 10.—11. Woche stattzufinden. Die Verklebung schliesst in einem gewissen Stadium der Entwickelung die Rachenhöhle von der Luftröhre vollständig ab. Ihre Entstehung führt Verf. auf die Un-

gleichmässigkeit im Wachsthum der Lichtung des Kehlkopfrohres im Verhältniss zum Wachsthum des Epithelialüberzuges zurück. F. KLEMPERER.

78) **Glücksberg** (Lyon). **Beitrag zum Studium der Laryngocelen. (Contribution à l'étude des laryngocèles.)** *Thèse de Lyon. 1904.*

Für das Zustandekommen dieser Lufthernien sind zwei Reihen von Ursachen verantwortlich: Erstens prädisponirende Ursachen, die die Kehlkopfwände schwächen und zweitens auslösende Ursachen, die zu einer Vermehrung des Drucks im Bereich der geschwächten Partie führen.

Unter den ersten Ursachen müssen erwähnt werden die ulcerativen Veränderungen, das Bestehen anormaler Taschen, analog den Luftsäcken der Affen. Die Drucksteigerung kann zu Stande kommen durch Verschluss der Glottis, ferner durch Verengung der oberen Larynxöffnung und endlich durch pathologische Disposition des Larynx, in Folge deren der exspiratorische Luftstrom gegen die Oeffnung der Sinus hingeleitet wird.

Ist erst einmal eine Lücke entstanden, so kann der Luftsack nach aussen unter der Haut des Halses vorspringen (Laryngocele externa) oder nach innen in das Larynxlumen (Laryngocele interna). Die ersteren müssen durch lang dauernde Compression behandelt werden, bei den inneren Laryngocelen besteht die Behandlung in einer Beseitigung der Ursachen, wenn dies möglich ist. Treten Symptome von Asphyxie auf, so muss der Sack punktirt werden. PAUL RAUGÉ.

79) **Imhofer. Phlebectasia laryngea.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 13. Januar 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Demonstration mikroskopischer Präparate. Therapeutisch empfiehlt I. Einträufelung von Adrenalin, eventuell Scarificationen. HANSZEL-CHIARI.

80) **J. C. Henkes** (Amsterdam). **Ein Fall von Keratosis laryngis circumscripta. (Een geval van keratosis laryngis circumscripta.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 2. 1905.*

Die 13jährige Patientin ist seit dem 6. Jahre heiser gewesen und jetzt fast vollständig aphonisch. Sonst keine Beschwerden; kein Husten. Laryngoskopisch, ausser geringgradiger Schwellung der Taschenbänder, auf beiden Stimmbändern breit aufsitzende, leicht gelbröthliche, harte, bei der Phonation von beiden Seiten in einander greifende Wucherungen. Aetiologisch dürfte von Interesse sein, dass Pat. seit dem 2. Lebensjahre an Psoriasis universalis inveterata leidet. H. betont die Analogie zwischem dem chronischen Hautleiden und der Stimmbandaffection.

H. BURGER.

81) **Franz Nowotny** (Krakau). **Beitrag zur Pachydermia laryngis.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1905.*

Bericht über 2 Fälle von ausgedehnter Pachydermia verrucosa laryngis. Der erste Fall wurde durch intralaryngeale Operation geheilt, der zweite — suspect für Carcinom — wurde nach vorheriger Cricotracheotomie und grösstentheils endolaryngealer Entfernung, da erneute Recidive auftraten, mittelst Laryngofissur, die eine Reihe von Complicationen ergab, radical operirt und blieb bis jetzt — etwa 2 Jahre — recidivfrei. HECHT.

82) **A. Lewy** (Frankfurt a. O.). **Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Larynxtuberculose und Gravidität.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 114.*

Verf. berichtet über 3 Fälle und stellt fest, dass jetzt im Ganzen 71 Fälle von Larynxtuberculose und Gravidität publicirt sind, in denen mindestens 57 Frauen und 27 Kinder, wahrscheinlich aber noch weit mehr starben. Er entnimmt daraus die Mahnung: mit allen Mitteln bemüht zu sein, die Prophylaxe zu verbessern und das mütterliche Leben durch künstlichen Abort zu retten. F. KLEMPERER.

83) **Henrici** (Rostock). **Ueber den Heilwerth der Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose, insbesondere der Kinder und der Schwangeren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 323.*

Verf. berichtet über 4 auf der Körner'schen Klinik beobachtete Fälle, in denen die Tracheotomie einen ausserordentlich günstigen Einfluss ausübte. In 3 Fällen handelte es sich um Kinder mit geringer oder fehlender Lungenerkrankung und schwerer Kehlkopfaffection; im Anschluss an den Luftröhrenschnitt trat ein vollkommener Rückgang der Kehlkopftuberculose ein, welcher nur auf die Tracheotomie selbst zurückgeführt werden konnte. Im 4. Falle, der eine Gravida im 8. Monat betraf, bestand neben schwerer Kehlkopftuberculose weit vorgeschrittene Lungenschwindsucht; die Tracheotomie, die zur Abwendung drohender Lebensgefahr gemacht wurde, wirkte auf den Allgemeinzustand der Kranken entschieden günstig ein und erleichterte ihr die letzten Tage. Die curative Wirkung der Tracheotomie beruht hauptsächlich auf der Ruhigstellung des Kehlkopfes.

F. KLEMPERER.

84) **Charles Graef. Ein Gedanke, um das Anwärmen des Kehlkopfspiegels zu vermeiden. (A plan to avoid heating the mirror of the laryngoscope.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Verf. räth, den Spiegel mit Lysollösung abzureiben. EMIL MAYER.

85) **Th. E. ter Kuile** (Enschede). **Endolaryngoskopie mittels zweier Kehlkopfspiegel. (Endolaryngoscopie door middel van twee keelspiegels.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 2. 1905.*

Für die Besichtigung der hinteren Larynxwand hat Verf. einen kleinen, mit passend gekrümmtem Stiele versehenen Spiegel construirt, welcher nach Cocainisirung mit nach hinten gewendeter Spiegelfläche in den Kehlkopf eingeführt wird. Das mit diesem Hinterwandspiegelchen gewonnene Bild wird nur mit dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel beobachtet. Eine Umkehrung des Spiegelbildes findet bei dieser Untersuchung nicht statt.

Der Spiegel ist von H. Pfau, Dorotheenstrasse 67, Berlin NW., angefertigt worden. H. BURGER.

86) **Garcia Tapia** (Madrid). **Laryngometer. (Laringómetro.)** *Revist. de Especialid. Médic. 15. Juli 1904.*

Nähere Beschreibung eines vom Verf. erdachten Apparates zur Messung der Glottis und ihrer Länge. Der Apparat hat, wie Verf. selbst meint, wenig practischen, mehr wissenschaftlichen Werth. R. BOTEY.

f. Schilddrüse.

87) **Sehrt** (Freiburg i. B.). **Ueber Knochenbildung in Strumen.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 13. 1905.*

Von 28 Strumen, welche in 3 Monaten in der Freiburger Klinik operirt wurden, wiesen unter 14 mit mehr oder weniger ausgedehnten Verkalkungen versehenen Kröpfen 5 echte, zum Theil recht ansehnliche Knochenherde mit Osteoblasten und Knochenmark auf.

SEIFERT.

88) **R. Stegmann** (Wien). **Die Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1905.*

Bericht über zwei einschlägige Fälle: In dem ersten Falle wurde anlässlich der Röntgenbestrahlung verschiedener taubeneigrosser Carcinom-Metastasen in der Supraclaviculargrube der linke Lappen einer nebenbei bestehenden Struma mit bestrahlt. Nach sechs Bestrahlungen waren die Carcinom-Metastasen nicht mehr zu fühlen, der linke Strumalappen um $^1/_4$ seiner Grösse verkleinert. Bei dem zweiten Fall zeigte nach zwei Bestrahlungen von je 18 Minuten Dauer die grosse Struma eine bedeutende Rückbildung; der Halsumfang ergab einen Rückgang von fast 4 cm.

HECHT.

89) **Swerewa-Imelkowa. 22 Strumectomien; ausgeführt im Semstwo-Krankenhause im Tichwin'schen Kreise in den Jahren 1900—1904. (22 stomectomin, sdelannija ed uesdnoi somskoi bolnizo tichw. uesda w 1900—1904.)** *Prakt. Wratsch. No. 6—9. 1905.*

Alle Operationen wurden von der Landschaftsärztin unter der Assistenz eines Feldscheers und einer Hebamme ausgeführt. Alle verliefen günstig trotz der sehr ärmlichen Ausstattung.

P. HELLAT.

90) **P. Franzow. Zwei Fälle von Myxoedema. (Dwa slut. miksodemi.)** *Detskaja Med. No. 1. 1903.*

Bei diesen zwei Fällen verdient in ätiologischer Hinsicht hervorgehoben zu werden, dass in einem Falle der Vater geisteskrank und Alkoholiker, im anderen Falle wahrscheinlich ein Luetiker war.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

91) **Glücksmann** (Berlin). **Ziele, Fortschritte und Bedeutung der Oesophagoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1904.*

Darstellung des gegenwärtigen Standes der Oesophagoskopie. Verf. stellt die Forderung auf, alle von plötzlichem Verfall begleiteten, unklar dyspeptischen Symptomencomplexe, auch wenn sie nicht von Schlingstörungen begleitet sind, auf ein Carcinom nicht nur des Rectums zu beargwöhnen und zu untersuchen, sondern auch auf ein Carcinom der Speiseröhre. Verf. hat ein eigenes Oesophagoskop construirt nach dem Typus der Knopfsonde. Der Anfangstheil ist von der Stärke des bisherigen Tubus, aber umgeben von einem durch Wasser aufblähbaren

Ringkissen, wodurch ermöglicht wird, dass durch Ausdehnen des betreffenden Binnenraumes des Oesophagus, wo der Anfangstheil des Apparates liegt, eine grosse Höhle und damit ein bedeutend grösseres Gesichtsfeld als bisher hergestellt wird. Mehrere Bilder solcher Oesophagushöhlen, wie sie durch den Apparat gesehen werden können, sind beigegeben. Der 45 cm lange Halstheil des Apparates ist bedeutend schmäler als der bisher benutzte Tubus. Das Auge des Beobachters blickt durch einen optischen Apparat, wie beim Cystoskop.

ALBANUS (ZARNIKO).

92) **Harmer** (Wien). **Beitrag zur Oesophagoskopie der gutartigen Oesophagusgeschwülste.** *Wiener klin. Rundschau. No. 4. 1905.*

Eine 53jährige Frau bemerkte seit etwa 4 Jahren Behinderung beim Schluckact insofern, als sie sehr gut kauen konnte, aber langsam essen musste. Mittelst Oesophagoskopie sah H. unterhalb der Ringkorpelenge einen gestielten, glatten, kirschgrossen Tumor von transparenter Oberfläche, der bei der leisesten Berührung blutete, weswegen ein weiterer Eingriff verschoben werden musste. Unterdessen war der Tumor offenbar durch Nekrose des dünnen Stieles verschwunden. Es handelte sich wahrscheinlich um ein Fibrom.

CHIARI.

93) **A. J. Winkel** (Koevorden). **Oesophagismus bei einem Pferde. (Oesophagismus bij een paard.)** *Tijdschr. v. Veeartsenijk. Bd. XXXII. No. 2. November 1904.*

Beim Fressen wurde das Pferd plötzlich beklemmt, ängstlich und machte mit gestrecktem Halse offenbar schmerzhafte Brechbewegungen. Am Halse war die Speiseröhre als harter, dicker Strang zu fühlen. Pulsverlangsamung. Diagnose: Reizung im Gebiete des N. vagus. Therapie am nächsten Morgen: Brometum ammoniacum alle 2 Stunden 10 g. Nach 6 Stunden war der Spasmus verschwunden und die Herzaction wieder normal.

H. BURGER.

94) **Alb. Reizenstein** (Nürnberg.) **Ueber die Dilatation cicatricieller Stenosen der Speiseröhre durch das Oesophagoskop.** *München. med. Wochenschrift. No. 12. 1905.*

Nach Besprechung der Literatur und Technik, sowie Bericht über zwei einschlägige Fälle kommt Autor zu folgendem Resumé: „Wenn Narbenstenosen der Speiseröhre auf gewöhnliche Weise nicht entrirbar sind, soll, bevor man sich zu einem operativen Vorgehen entschliesst versucht werden, ob die Stenose durch das Oesophagoskop nicht doch noch passirt werden kann, und wenn dies der Fall ist, soll man die Dilatation durch Laminariastifte, ausgezogene Gummidrainsonden oder biegsame Metallsonden zu erreichen suchen. Misslingt dies, so mache man nach vorausgegangener Gastrostomie die Sondirung ohne Ende nach v. Hacker. Erfordert der Kräftezustand sofortige Ernährung, so ist die Gastrostomie ohne Zögern sofort zu machen. Gelingt es nach der Gastrostomie nicht, eine Darmsaite oder Kügelchen durch die Stenose zu bringen, so ist als weitere Operation die Oesophagotomia externa, bezw. combinirte Oesophagotomie indicirt.“

HECHT.

95) **C. D. Spivak. Gutartige Stricturen des Oesophagus. (Benign strictures of the esophagus.)** *American Medicine. 6. Mai 1905.*

Verf. theilt die gutartigen Stricturen in angeborene oder erworbene. Letztere zerfallen in organische (nach Einwirkung von Aetzmitteln, nach Heilung von Oesophagusgeschwüren und Lues) und mechanische (Fremdkörper, Polypen und Druck von aussen durch Tumoren, Drüsen, Aortenaneurysmen, perioesophagealen Abscess und Divertikelbildung); die dritte Form der Strictur ist die spastische. Am häufigsten sind die Narbenstricturen infolge Aetzwirkung.

Was das Schlucken anbetrifft, so folgt auf die erste Periode, die der Oesophagitis, in der das Schlucken unmöglich ist, die zweite mehrere Monate andauernde, in der die Deglutition unbehindert ist. Darauf folgt eine Periode, in der das Schlucken wieder anfängt, erschwert zu werden — die Periode der Stenose. Während der Entzündungsperiode empfiehlt sich Ruhe, alkalische oder säuerliche Flüssigkeiten, je nach der Art des Giftes, Eis auf das Sternum. Frühzeitig sollte graduelle Dilatation angewandt werden. Metallsonden sollten vermieden werden. Bericht über drei Fälle.

EMIL MAYER.

96) **J. A. Scott. Ein Fall von Speiseröhrenkrebs, der ein Aortenaneurysma vortäuscht. (A case of cancer of the esophagus simulating aneurism.)** *Univ. Pennsilv. Med. Bulletin. December 1904.*

Im Anschluss an einen Fall wird die Differentialdiagnose zwischen Aneurysma, Oesophaguscarcinom und Mediastinaltumor besprochen.

EMIL MAYER.

97) **Carlotti. Durchbruch eines Speiseröhrenkrebses. (Cancer oesophagien rompu.)** *Société anatomique. 2. December 1904.*

Das Carcinom war in einen Bronchus durchgebrochen.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Theodor Heryng. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten.** Julius Springer. Berlin 1905.

Ein vortreffliches Buch! Durch seine anregende und eigenartige Form nicht weniger wirksam, wie durch die Reichhaltigkeit und Uebersichtlichkeit seines Inhaltes. Mit weitem Blick ist alles zusammengetragen, was bei der Untersuchung und Behandlung des Kehlkopfes nur irgend wie in Frage kommen kann: das ganze endolaryngeale Instrumentarium in reiner historischer Entwickelung, alle Formen und Arten von Lampen, alle Batterien und Accumulatoren für Beleuchtung, Galvanokaustik und Electrolyse, alle Apparate zur Massage, zur Inhalation, zur Tracheo- und Bronchoskopie, daneben beherzigenswerthe Rathschläge für die Hygiene und Diätetik der Kehlkopfkrankheiten, wobei Kleidung, Wohnung, Sport, Bäder und klimatische Curorte, Tabak und Alcohol in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Kehlkopfes geschickt gewürdigt werden. Auf Grund eigener Untersuchungen und an der Hand instructiver Abbildungen bespricht der Verf. die Wirkung derjenigen Medicamente, die durch Einspritzung, Einblasung oder In-

halation in die Luftwege gebracht werden. Eine eingehende Erörterung erfahren auch die verschiedenartigen endolaryngealen Operationsmethoden mit allem, was dazu gehört: Narkose, Desinfection, Nachbehandlung u. s. w.

Natürlich wird nicht jede Methode, die Heryng empfiehlt, von jedem Autor bedingungslos anerkannt werden: so dürfte die Gefolgschaft derer, die eine electrolytische Behandlung bei gewissen Formen der Larynxtuberculose ausüben, m. E. nicht sehr gross sein, auch über den Effect der endolaryngealen Massage und der Inhalationstherapie dürften die Meinungen getheilt sein, ja manch einer dürfte sich sogar bei der Concurrenz zwischen Pfeife, Cigarre und Cigarette gegen Heryng und gegen die Cigarette entscheiden, obgleich gewiss anzuerkennen ist, dass die persönliche Erfahrung unseres Autors auf diesem Gebiet kaum übertroffen werden kann — aber das sind alles Fragen persönlichen Geschmacks, und die andere Meinung braucht noch lange nicht die richtige zu sein.

Ein wirklicher Mangel an dem Heryng'schen Buche ist es dagegen, dass das Sach- und Autorenregister fehlt. Das erschwert den Gebrauch eines derartigen Buches ungemein, zumal da das Inhaltsverzeichniss nicht einmal ganz durchgeführt ist und die verschiedenen, 36 Krankheiten umfassenden Anhänge ganz unberücksichtigt lässt. Sonst aber hat sich Heryng mit ausserordentlichem Geschick seiner Aufgabe entledigt und das den Herren von Leyden und von Mikulicz gewidmete Buch wird nicht nur dem Anfänger dienlich sein, sondern, wie ich Herrn Heryng aus eigener Erfahrung versichern kann, auch dem Erfahrenen durch manchen guten Rath und durch manche Anregung fördern.

A. Kuttner-Berlin.

b) Starck. Die directe Besichtigung der Speiseröhre. Oesophagoskopie. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1905.

Da die Kunst des Oesophagoskopirens in Cursen vorläufig noch nicht oder nur in sehr beschränktem Maasse gelehrt wird, versuchte der Verf. durch das vorliegende Werk diese Lücke so viel als möglich auszufüllen. Er hofft auf diese Weise, der jungen Disciplin neue Anhänger zu gewinnen.

Nach einer Darstellung der geschichtlichen Entwickelung der Oesophagoskopie wird das Instrumentarium und die Technik der Untersuchung mit grosser Sorgfalt und Anschaulichkeit geschildert. St. bevorzugt das alte, starre Rohr von v. Mikulicz und die Kuttner-Kirstein'sche Stirnlampe als Lichtquelle. Die Untersuchung nimmt er gewöhnlich in der Rücken- oder in der Seitenlage vor, nur selten lässt er den Patienten eine sitzende Stellung einnehmen. Er ist mit v. Mikulicz und im Gegensatz zu Kirstein der Meinung, dass die Oesophagoskopie bei jedem normal gebauten, erwachsenen Menschen gelingen muss, wenn nicht ganz besondere Hindernisse vorliegen, z. B. sehr kurzer, dicker Hals, stark entwickelter Oberkiefer mit grossen Zähnen. 62 gut colorirte, instructive Bilder vermitteln dem Anfänger die Deutung der oesophagoskopischen Bilder. Weit weniger ergiebig als für die Diagnose hat sich aber bisher die Oesophagoskopie für die Therapie erwiesen. Die Anregungen, die sie hier gegeben hat, sind leider immer noch mehr als bescheiden — und das dürfte wohl hauptsächlich schuld sein an der Gleichgiltigkeit weiterer Kreise, über die Verf. sich beklagt. Und das wird,

fürchte ich, kaum anders werden, so lange die Oesophagoskopie ihre Errungenschaften auf dem Gebiet theoretischer Erkenntniss nicht in greifbar practische, das heisst therapeutische Erfolge umsetzen kann. A. Kuttner-Berlin.

c) **Huberts de Witt. Methodisches Kommandiren auch als Mittel zur Kräftigung der Stimme.** Mit einem Vorwort von W. Posthumus Meyjes. Amsterdam-Leipzig 1904. S. L. van Lovy.

Eine kurze und practische, von einem Officier geschriebene und für den Gebrauch von Officieren bestimmte Anleitung zum Commandiren. Das Büchlein ist klar und verständlich geschrieben und in seinen practischen Rathschlägen so beherzigenswerth, dass es gewiss seinen Zwecken entsprechen wird.

A. Kuttner-Berlin.

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1905.

Generalversammlung.

Wahl der Vorstandsmitglieder: Vorsitzender: Charters J. Symonds; stellvertretende Vorsitzende: Wm. Milligan, F. Willcocks, J. B. Ball, Hill; Schatzmeister: H. B. Robinson; Bibliothekar: St. Clair Thomson; Schriftführer: P. de Santi, H. J. Davis; Ehrenrath: L. Pegler, J. Walter Downie, F. M'Bride, W. R. H. Stewart, Sir Felix Semon, Furniss Potter.

Die Versammlung nimmt wiederum einstimmig die Resolution vom 7. Februar 1900 an, dass bei allen Internationalen Congressen eine volle selbstständige Section für Laryngologie gebildet und eine Combination mit der otologischen Section vermieden werden soll. Ein in diesem Sinne vorgeschlagener und von Sir Felix Semon und de Havilland Hall unterstützter Antrag wurde angenommen und das Bedauern darüber ausgedrückt, dass man versucht habe, der Laryngologie bei dem nächsten internationalen Congress in Lissabon eine untergeordnete Stellung anzuweisen.

Ordentliche Sitzung.

Vorsitzender: Charters Symonds.

St. Clair Thomson: 1. Epitheliom des Kehlkopfs. Thyreotomie. Kein Recidiv 5 Monate nach der Operation.

Pat., ein 49 jähriger Mann, hatte im Jahre 1893 auf Tuberculininjection in ausgesprochener Weise reagirt. Er litt damals an Lungentuberculose, wovon nur eine leichte Dämpfung über den Spitzen zurückgeblieben ist. Später Monate lang Heiserkeit. Th. fand einen Tumor des linken Stimmbandes, den er als Carcinom diagnosticirte. Juli 1904 Thyreotomie. Zwei Wochen nach der Operation sah man bereits ein neues aus Narbengewebe gebildetes Stimmband.

2. Tracheotomie wegen Larynxstenose ungewissen Ursprungs bei einem Kinde. Erhebliche Besserung.

Es handelte sich um einen 14 jährigen Knaben mit starker Einziehung des

Brustkorbes. Man sah die ganze Kehlkopfschleimhaut infiltrirt und mit kleinen Knötchen durchsetzt. Das Bild glich dem der Tuberculose. Eine ähnliche schmerzlose Infiltration bestand im Rachen. Die Stimmlippen waren in der Mittellinie fixirt; zwischen ihnen bestand nur noch ein schmaler Spalt. Nach Tracheotomie trat erhebliche Besserung ein; die Stimmbänder wurden wieder etwas beweglich. Th. neigt am meisten zu der Annahme, dass Lupus vorliege.

De Santi: Entzündliches Oedem der Aryknorpelgegend.

Bei der 35 jährigen Patientin bestand ein entzündliches Oedem der linken Aryknorpelgegend, die sich längs der ary-epiglottischen Falte bis zum Ringknorpel erstreckte und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt war. Larynx sonst normal. Keine Anzeichen von Tuberculose oder Syphilis. Man kann an eine maligne Neubildung denken.

Watson Williams, M. Spencer, Fitz Gerald Powell und St. Clair Thomson discutiren die Diagnose.

Sir Felix Semon räth zur mikroskopischen Untersuchung eines entnommenen Stückchens.

Herbert Tilley: Fall von Verlegung der Trachea ungewisser Entstehung und Natur.

Es handelte sich um einen 28 jährigen Mann, bei dem wahrscheinlich vor 6 Jahren syphilitische Infection stattgefunden hatte und der über zunehmende Athemnoth klagte. Bei der Untersuchung fand man in Höhe des 5. Trachealrings ein röthliches Diaphragma mit excentrischer Oeffnung vom Durchmesser eines gewöhnlichen Bleistifts. Unter einer Inunctionscur trat leichte Besserung ein. Gegenwärtig ist das Diaphragma nicht mehr zu sehen.

Parker war bei einer früheren Untersuchung des Patienten sein fötider Athem aufgefallen und eine leichte rothe, ödematöse Hervorragung am linken Sterno-Claviculargelenk. Er hatte angenommen, dass die Stenose durch eine geschwollene Bronchialdrüse verursacht würde.

Scanes Spicer, Baber, Powell, Law und Sir Felix Semon discutiren die Diagnose und stimmen im Wesentlichen in der Annahme von Syphilis überein.

Sir Felix Semon: 1. Pharyngealer und laryngealer Nystagmus in einem Fall von (?) Ponsgeschwulst.

Der 27 jährige Patient hat vor 8 Jahren einen Schlag auf den Kopf erhalten. In der Anamnese keine Syphilis. Seine Erkrankung begann vor zwei Jahren plötzlich mit einer Ablenkung der Augen nach links; es folgten paretische Erscheinungen im Gesicht und den oberen Extremitäten. In der Folge traten mehrere Male kleine apoplectische Insulte mit unvollkommener Lähmung der linken Seite und der rechten Gesichtshälfte auf. Im December 1904 konnte man folgenden Befund im Pharynx erheben: Unregelmässige, in verticaler Richtung verlaufende Spasmen des Gaumensegels und der Uvula, ungefähr 25 mal in 10 Secunden. Gleichzeitig wird die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand in schräger Richtung nach oben

und rechts gezogen in einem mit den Contractionen der Uvula identischen Rhythmus. Auf der Zunge sieht man bisweilen fibrilläre Zuckungen. Der Larynx nimmt mit Ausnahme der Epiglottis an den rhythmischen Bewegungen Theil; ausserdem zeigen Stimmbänder und Aryknorpel eine von der Athmung unabhängige Adductions- und Abductionsbewegung.

Pegler berichtet über ähnliche Fälle.

Tilley hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der an allgemeiner Paralyse zu Grunde ging.

Spencer glaubt, dass auch in diesem Falle allgemeine Paralyse vorliege und dass bereits das Vaguscentrum mit in Mitleidenschaft gezogen sei (Puls 120).

Thomson weist auf die Arbeit von Lack im Laryngoscop über derartige Fälle hin.

2. Fall von Epitheliom des rechten Stimmbandes und seiner Nachbarschaft bei einem 50jährigen Mann.

Bei dem 50jährigen Patienten wurde zuerst November 1904 ein die vorderen $^3/_4$ des rechten Stimmbandes einnehmender Tumor entdeckt; das rechte Stimmband war fast unbeweglich. Keine Drüsenschwellung. Eine einige Monate vorher in Paris vorgenommene mikroskopische Untersuchung hatte eine gutartige Beschaffenheit desselben ergeben, jedoch stellten sich so charakteristische klinische Symptome der Malignität ein, dass S. die Thyreotomie vornahm und den Tumor — nach der Operation mikroskopisch bestätigte — mit seiner Umgebung entfernte. Obwohl ein oberflächlicher Abscess im unteren Wundwinkel die Heilung etwas verzögerte, war der weitere Heilungsverlauf ein ganz normaler. Der Fall beweist, wie zweifelhaft der Werth der mikroskopischen Probeuntersuchung ist.

Fitz Gerald Powel: Epitheliom des Gaumens, der Mandel, der Zunge und Wange.

Patient war ein 40jähriger Mann. Die Geschwulst war von der Zungenbasis ausgegangen, hatte sich von dort auf die Tonsille, Gaumensegel und linke Wange ausgebreitet, ohne grossen Schmerz zu verursachen. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom.

Westmacott hat in derartigen Fällen die X-Strahlen versucht. In zwei Fällen hat er danach nur rapides Wachsthum des Tumors und Auftreten von Drüsenschwellungen gesehen.

Sir Felix Semon hat von der Anwendung der X-Strahlen bei bösartigen Leiden der Mund- und Rachenhöhle höchstens zweifelhafte Erfolge gesehen, bei bösartgen Kehlkopfgeschwülsten keine.

Smurthwaite demonstrirt treffliche Oelbilder von verschiedenen Kehlkopfkrankheiten.

Paterson zeigt eine Kehlkopfzange für directe Laryngoskopie.

Er hat das Instrument besonders für die Entfernung von Papillomen durch den Röhrenspatel geeignet gefunden. Es gelang leicht, auch aus der vorderen Commissur die Geschwülste zu entfernen.

Westmacott: Uleration des Gaumensegels (zur Diagnosenstellung).

Die Geschwürsbildung begann Januar 1903. Damals wurde die linke Tonsille, die man für tuberculös hielt, entfernt; drei Monate später erschien im oberen Theil der Fossa supratonsillaris eine Ulceration, die sich über das Gaumensegel ausbreitete und stellenweise wie Lupus aussah. Syphilis geleugnet. Impfung auf Tauben gaben negatives Resultat. Galvanokaustische Aetzung und Milchsäureapplication brachten vorübergehende Besserung. Keine Lungenaffection; keine Tuberkelbacillen. Allgemeiner Gesundheitszustand gut.

Spencer macht auf Experimente Dr. Luiquard's aufmerksam, bei denen bei Impfungen von Lupus und Drüsentuberculose auf Tauben sich die Krankheit erst 12 Monate nach der Impfung entwickelte.

Watson Williams räth znr Tuberculinprobe.

Pegler, Powell, St. Clair Thomson und Sir Felix Semon betheiligen sich an der Debatte.

Parker: Verdickung der Aussenflächen des Schildknorpels und beiderseitige Infiltration des Septum cartilagineum nasi.

Es handelt sich wahrscheinlich um tertiäre Lues.

Sir Felix Semon: Entzündliches Oedem unbekannten Ursprungs in den hinteren Abschnitten des Kehlkopfs bei einem 47jährigen Mann.

Patient hat seit 2—3 Monaten Schluckbeschwerden, besonders auf der rechten Seite. Vor 25 Jahren specifische Infection, aber nie secundäre Erscheinungen. Das Oedem hat seinen Sitz besonders an den Aryknorpeln und der Regio interarytaenoidea; Stimmbänder frei. Keine Drüsen.

Man muss an eine syphilitische oder tuberculöse Perichondritis mit septischer Infection denken; doch fehlen alle Bedingungen für eine exacte Diagnose.

Tilley hält den Fall für Syphilis.

Spencer glaubt, dass unter der Infiltration ein Ulcus sitzt.

E. B. Waggett.

---

e) Jahresversammlung der Belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

zu Lüttich am 17. u. 18. Juni 1905.

Vorsitzender: Delsaux.

Sitzung vom 17. Juni,

im Locale der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Lüttich.

Der Vorsitzende, welcher durch seine besonderen Verdienste um die jüngere Belgische Schule, wie kein Anderer dazu berufen war, in diesem Jahre gelegentlich des 75jährigen Jubiläums der Gründung des Belgischen Staates, den Vorsitz in der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft zu führen, giebt in seiner Er-

öffnungsrede einen Ueberblick über die Fortschritte und Leistungen der Gesellschaft, welche ihr einen ehrenhaften Rang unter den anderen Nationen einräumen.

Er gedenkt der im verflossenen Jahre dahingeschiedenen Mitglieder: De Greifft's aus Antwerpen und Prof. A. Guye's aus Amsterdam.

I. Vorzeigen mikroskopischer Präparate.

Schiffers (Lüttich) legt mikroskopische Präparate vor:

1. Von einem Epitheliom des Zäpfchens, dessen Entfernung von mehreren Recidiven gefolgt war und das schliesslich durch Kachexie letal endete. Sch. empfiehlt angelegentlichst die Entfernung der relativ häufigen Zäpfchenpapillome, um deren Transformation in bösartige Tumoren in Folge der beständigen mechanischen Reizung und individuellen Prädisposition zu verhüten;

2. vom Bacillus fasciculatus einer Pharyngomykose;

3. von einem Kehlkopfpapillom, welches unterhalb der Glottis sass und auf endolaryngealem Wege entfernt ward. Die histologische Untersuchung erwies, trotzdem ein Zweifel vorlag, die papillomatöse Natur der Geschwulst.

Heyninx (Brüssel) zeigt einen myxo-sarkomatösen Tracheal-Polypen vor, welcher der Trachea eines 41jährigen Mannes 25 mm unterhalb der Stimmbänder aufsass und mit der Glühschlinge auf endolaryngealem Wege entfernt wurde. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab einen myxo-sarkomatösen Polypen.

Ferner ein Perlepitheliom der Nasenspitze von einer 75 jährigen Frau, welche seit 8 Monaten eine „Ulceratio vegetans" mit progressiver Entwickelung der mittleren Partie der Nasenspitze darbot. Excision mit Cocainanästhesie und Vereinigung der Wundränder vermittelst der Michel'schen Wundklammern. Die histologische Untersuchung ergab ein Perlepitheliom.

II. Vorzeigen anatomischer Präparate.

Schiffers zeigt das Stirnbein eines 4 jährigen Jungen vor, welcher einer Meningitis in Folge einer eitrigen, wahrscheinlich von Influenza herrührenden Stirnhöhlen-Eiterung erlegen war. Der Fall kam zur gerichtsärztlichen Begutachtung, da Patient so zu sagen ohne ärztliche Hilfe geblieben und nur die letzten 4 Tage seines Lebens unter den Händen eines Kurpfuschers sich befunden hatte. Die mikroskopische Untersuchung des Sinus- und Gehirneiters ergab Staphylokokken in Reincultur.

Schiffers: Verbrennungen des Oesophagus und des Magens. Präparat.

Der Kranke hatte aus Versehen eine Lösung von Kali caustic. verschluckt, in Folge dessen eine $1^1/_2$ cm breite Verbrühung des oberen Theils des Oesophagus und des übrigen Theils desselben in einer Ausdehnung von 15 cm; ferner Verbrennungen im Bereiche der Cardia und des Pylorus. Der Mund und Pharynx des Kranken blieben unversehrt. Der Unfall fand vor 4 Wochen statt, aber erst seit 2 Tagen ist die Deglutition von Flüssigkeit in Folge der Narbencontraction unmöglich geworden. Die Gastrotomie schien indicirt, als Sch., um sich Rechenschaft

über die Oesophagusweite im Bereiche der Stenose zu verschaffen, mit Vorsicht eine Bougie in den Oesophagus einführte; diese schien leicht durchzugehen, drang aber in Wirklichkeit in das perioesophageale Gewebe. Kein Symptom begleitete diese Perforation; der Patient verschluckte ein Glas Wasser ohne Beschwerden mit Ausnahme einer gewissen Unbehaglichkeit in der Gegend der Magengrube. Rasch erfolgender Tod in Folge von Infection. Sch. fragt sich, ob ein Ueberleben so ausgedehnter und tiefgreifender Verletzungen möglich wäre.

De Stella (Genf) hält den Katheterismus des Oesophagus bei solchen Fällen für sehr gefährlich, bei welchen vielmehr eine sofortige Gastrotomie indicirt sei. Sch. erwidert, dass er dem Kranken die Gastrotomie vorgeschlagen, dass sich ihm aber der Katheterismus behufs Feststellung einer präcisen Diagnose aufgedrängt habe, ausserdem habe er schon verschiedene Kranke mit Verbrennungen des Oesophagus behandelt und dabei, wenn die Stenose nicht zu eng war, mit der progressiven Dilatation ausgezeichnete Resultate erzielt.

Delsaux (Brüssel) hat vor einiger Zeit ein Kind behandelt, welches Kalilauge verschluckt hatte. Eine Zeit lang gelang das Sondiren, aber trotzdem nahm die Stenose immer mehr zu und er war genöthigt, die Gastrotomie vorzunehmen. 6 Wochen nach der Operation liess man die Kranke Bismuth subnitr. verschlucken und nahm die Radiographie vor. Der Versuch erwies, dass eine fadendünne Communication zwischen Mund und Magen bestand. — Bei derartigen Fällen empfiehlt Gluck folgende Operation: er macht die Gastrotomie, dann 10—15 Tage später die Oesophagotomia externa, führt dann eine Caoutschoukröhre in den Mund ein und an der Oesophagusöffnung wieder heraus und bringt sie dann andererseits mit dem Magen in Verbindung. Resultat ausgezeichnet.

Duchesne (Lüttich) wundert sich, dass in dem von Schiffers citirten Fall der Kranke ein Glas Wasser verschlucken konnte.

Schiffers: Die Sache lässt sich leicht erklären, wenn man berücksichtigt, dass der Katheterismus nur eine leichte Erosion hervorgebracht hatte, immerhin gross genug für das Zustandekommen einer Infection.

Cheval erwähnt einen Fall von einem voluminösen Aneurysma der Aorta, den er in Behandlung hatte. Der Kranke liess sich darauf von einem Collegen untersuchen, welcher an ihm die Oesophagoskopie vornahm. Während der Vornahme derselben perforirte die Oesophaguswand und hatte einen raschen Tod zur Folge. Cheval glaubt, dass jedes Mal, wenn man gerufen wird, um, sei es zu therapeutischen, sei es zu diagnostischen Zwecken, die Einführung irgend eines Instruments in den Oesophagus vorzunehmen, man immer mit der grössten Vorsicht vorgehen sollte.

III. Vorzeigen von Instrumenten.

Delsaux (Brüssel): Automatisches Amygdalotom von Revolverform: beim Abdrücken wird die Guillotine frei und functionirt.

Heyninx: Amygdalotom für Kinder; einfaches Mattieu'sches Amygdalotom, dessen Ring einen Durchmesser von 15 mm Höhe und 12 mm Breite hat.

Heyninx: Intrabuccaler Contrerespirateur; die biegsame elliptische Silberplatte ist so gebogen, dass sie sich an die Zahnreihe und nicht an das Zahn-

fleisch anlegt; an ihrer Vorderseite befindet sich ein Draht angelöthet, welcher wie ein Band um den Nacken herum gelegt wird. Vortheile: Solidität und Asepsis.

Heyninx: Spritze für Intratracheal-Injectionen, ganz aus Metall gefertigt, mit biegsamer silberner Kanüle.

Delstanche: Neue Maske für Aethyloform, welche die Anästhesirung unter vollständigem Luftabschluss ermöglicht; vermittelst einer speciellen Vorrichtung wird die Ampulle zerbrochen und das Aethyloform durch eine Blasvorrichtung auf eine Compresse geschleudert.

Lenoir (Brüssel) bedient sich ebenfalls des Aethyloforms zur Anästhesie, aber ohne speciellen Apparat.

Buys (Brüssel): Vorrichtung, welche gestattet die Stirnlampe zu gebrauchen, ohne im permanenten Anschluss an die Electricitätsquelle zu bleiben: Schuh, welcher mit zwei durch einen Leitungsdraht verbundenen Leitungsplatten versehen ist, welcher längs des Beins zum Photophor läuft. Um die Lampe zum Glühen zu bringen, genügt es, den Fuss auf eine am Boden angebrachte Anschlussdose zu setzen.

Broeckaert: Neuer Apparat zum Sterilisiren schneidender Instrumente. Das Verfahren besteht darin, dass man flüssiges Paraffin in ein mit einem beweglichen Deckel verschlossenen Metallgefäss bis zum Sieden erwärmt. Nach einer oder zwei Minuten erreicht die Flüssigkeit eine Temperatur von ca. 200°, der Siedepunkt liegt noch bedeutend höher. Um nun ein Instrument, die Schneide eines Messers oder Paracentesennadel zu desinficiren, bestreicht man dieselbe mit einer 50 pCt. reiner Carbolsäure enthaltenden Vaselinsalbe, worauf es genügt, das Instrument einige Sekunden in das auf 200° erwärmte Paraffin zu tauchen, um sofort ein charakteristisches Knistern zu vernehmen, welches durch das Siedendwerden der Carbolsäure, deren Siedepunkt 195° ist, zu Stande kommt. Diese Desinfectionsweise ist die beste Garantie für eine rasche und strenge Asepsis des Operationsmaterials ohne die Schneide der Instrumente zu beeinträchtigen.

Trétrop verweist diesbezüglich auf die vor 2 Jahren von Buys vorgeschlagene Sterilisation schneidender Instrumente durch auf eine hohe Temperatur erhitztes Paraffin, welches den Vortheil darbiete, keinen speciellen Apparat zu benöthigen.

Delsaux (Brüssel): Paraffinspritze; sehr einfaches Modell, ganz aus Metall gefertigt mit reducirtem Volumen, das gestattet, das Paraffin in kaltem Zustande zu verwenden, ohne einen besonderen Druck zu erheischen. Das Instrument bezeichnet ein Zurückkehren zu den ursprünglichen Apparaten. In dem gleichen Etui befinden sich zwei biegsame Nadeln und 6 Reservemetallröhren als Reserve. Alle diese Röhren werden zusammen sterilisirt und sind mit einem besonderen Verschluss versehen. Will man sie in Anwendung bringen, so adaptirt man den geflügelten Ring an der Spritze, schraubt die Nadel an und führt den Stempel ein. Der Apparat tritt dann sofort in Function.

Wenn das Paraffin nicht leicht herauskommt, so genügt es, die Nadel mit der Hand zu erwärmen. Dieses Instrument werde die Verallgemeinerung von Injectionen soliden Paffins zur Behandlung der Ozaena befördern. D. geht auf die Details der

Präparation injicirbaren Paraffins ein, insbesondere auf die Schwierigkeit, den Schmelzpunkt genau festzustellen. Er zeigt, dass es möglich ist, Paraffin unter 52° zum Schmelzen zu bringen, sei es durch Zusatz von flüssigem Paraffin oder weichem Vaselin, sei es durch die Methode fractionirter Destillation.

Broeckaert findet, dass es unvorsichtig sei, sich Paraffins unter 45° zu bedienen, weil man immer mit dem Grade der Ueberheizung zu rechnen habe; unter 45° heruntergehen, heisse sich der Einführung von Paraffin in den Organismus aussetzen, welches schon zum Theil bei einer, der Körpertemperatur bedenklich gleich kommenden Temperatur flüssig werde.

B. ist ebenfalls ein Gegner von Vermischungen von Paraffin und Vaselin oder von Paraffin mit niedrigerem Schmelzpunkte wegen der partiellen Resorptionsfähigkeit dieser Producte. Wenn man die Spritze, wenigstens zur Sommerzeit vor ihrer Anwendung gehörig in heisses Wasser taucht, wie B. zu thun pflegt, dann kann man die Zusammensetzung der Spritze vereinfachen, indem man auf die Schraube am unteren Ende der Spritze eine metallische Ausrüstung mit 2 Ringen anbringt und auf das Stempelende einen 3. Ring aufschraubt. Die ihm zuletzt vom Fabrikanten gelieferten Stäbchen von Paraffin zu 45°, seien gar nicht mehr wie die ursprünglichen, da sie sich in Wirklichkeit bei 41 und 42° verflüssigen, ein Fehler, gegen den B. entschieden protestirt.

Sitzung vom 18. Juni

im „Bayerischen Hospital", Abtheilung von Prof. Schiffers.

Schiffers. Larynxstenose.

2jähriges Kind mit Diphtheritis, bei welchem Sch. successive die Intubation und Tracheotomie vorgenommen hatte; nach fruchtlosen, während einigen Wochen vorgenommenen Versuchen, die Canüle zu entfernen, Thyreotomie mit progressiver Dilatation, worauf nach einigen Wochen die Respiration und Phonation sich wieder herstellte.

Schiffers: Trachealstenose in Säbelscheidenform bei einem jungen Mann infolge von Vergrösserung der Schilddrüsenseitenlappen, geringe ausgesprochene Symptome und schwache Behinderung des Athmens.

Schiffers: Zungenhemiatrophie bei einem 50jährigen Mann seit einer Reihe von Monaten existirend. Keine Läsionen seitens der Lippen, weder des Pharynx, noch endlich des Recurrens: wahrscheinlich liegt eine Bulbärläsion mit langsamem Verlauf vor.

Beco (Lüttich): Fibrosarkom der Nasenhöhlen.

Vergangenes Jahr hatte B. das Gutachten der Mitglieder der Gesellschaft eingeholt über diesen mit einem Fibrosarkom des Nasenrachenraumes behafteten Kranken. Dasselbe schwankte zwischen einfachem Ausreissen und Elektrolyse. B. nahm wiederholt das Ausreissen vor; es gelang ihm jedoch nicht, den Tumor in seinem ganzen Umfange zu entfernen, wegen seiner allseitigen Verzweigung. Er begnügte sich daher mit der Elektrolyse. Dessen ungeachtet wuchs der Tumor weiter unter Vorherrschen des sarkomatösen Elements. Er befragt daher von

Neuem die Gesellschaft und möchte wissen, ob im vorliegenden Falle eine Radicaloperation dem Kranken helfen könnte.

Goris ist der Ansicht, dass die Operation sich zur Zeit noch ohne grosse Gefahr vornehmen lasse, dass aber der daraus resultirende Substanzverlust bedeutend ausfallen dürfte.

Breyre (Lüttich) stellt zwei Kranke vor, von denen der eine an einer rechtsseitigen Stirn- und Kieferhöhleneiterung operirt worden war. In beiden Fällen hatte B. das Killian'sche Verfahren ausgeführt; sehr befriedigende Resultate, unbedeutende Deformation.

Jacques (Nancy) ist der Ansicht, dass man aus ästhetischen Rücksichten bei der Trepanation des Sinus frontalis die obere Sinuswand erhalten sollte.

Heyninx und Houchamps (Brüssel): Perlepitheliom der Nase.

Photographie einer Kranken mit einem Perlepitheliom der Nasenspitze, bei welcher die Excision resultatlos geblieben. Behandlung mit Röntgenstrahlen. Perfecte Heilung nach 5 Sitzungen innerhalb 32 Tagen. 5 Holzknechtstrahlen kamen im Ganzen zur Verwendung.

Delsaux: Radicalcur multipler Gesichtssinusiten.

Kranke, behaftet mit einer Fronto-ethmoido-maxillarsinusitis, wurde in einer einzigen Sitzung auf folgende Weise operirt: Incision, beginnend an der äusseren Hälfte der Augenbrauen, den Nasenflügel umschreibend, bis an die Oberfläche; Abschälen der Weichtheile; Umschlagen der Nase nach aussen; durch die so gewonnene breite Lücke nahm D. successive die Trepanation des kranken Sinus und die vollständige Entfernung des Siebbeins vor und vereinigte darauf die Wundlippen mit den Michel'schen Wundklammern; vollständige Heilung in weniger als 14 Tagen ohne alle Difformität.

Capart jr. (Brüssel): Fall von Larynxstenose.

Kranke mit Trachealöffnungen nach Tracheotomie verschliessen dieselben gewöhnlich mit dem Finger, wenn sie sprechen wollen. Im vorliegenden Fall aber senkt der Kranke das Laryngotrachealrohr und versucht die Oeffnung, welche sich im Niveau des Cricoidknorpels befindet, hinten an das Sternum anzulegen. In anderer Beziehung äussert C. die Meinung, dass man Laryngealstenosen verbessern könne durch die Entfernung eines Aryknorpels und eines Stimmbandes, wie das in der Veterinärchirurgie geübt werde.

Goris (Brüssel): Fall von Larynxexstirpation, ein Jahr her datirend.

Frau mit Epitheliom des Kehlkopfes wurde nach dem Vorgang von Périer-Bardenheuer operirt; bis jetzt noch keine Spur von Recidiv und die Kranke kann sich leicht verständlich machen vermittelst Luftanhäufung im Pharynx. Im Laryngoskop erschien die Läsion sehr geringfügig, dagegen sieht man am Präparat, dass dieselbe schon sehr ausgebreitet war. Es liegt klar zu Tage, dass eine Entfernung auf natürlichen Wege, selbst eine Thyreotomie, unmöglich gewesen wäre.

Goris (Brüssel): Tumoren des oberen Pharynx.

a) Vorzeigen eines fibrösen Nasenrachenpolypen, welcher vor 14 Tagen bei einem 14jährigen Kinde entfernt wurde; der Tumor nahm die linke Nasenseite



ein, passirte die Pterygo-Maxillarspalte und ragte in den Mund hinein. Die Abtragung desselben ging leicht vor sich vermöge der Temporärresection des Oberkiefers.

b) Chondrom der Wirbelsäule. 40jähriger Patient mit einem Tumor von der Grösse eines Taubeneies an dem oberen Theil der Wirbelsäule mit Verdrängung des Pharynx und des Gaumensegels nach vorn. G. machte zuerst die Tracheotomie, incidirte das Gaumensegel und löste den Tumor los, welcher, eingehüllt in eine fibröse Hülse, eine Masse weisser, wie Caviar aussehender Körner in sich barg. Wundnaht. Heilung per primam.

c) Sarkom des Siebbeins. Präventivtracheotomie. Temporärresection der Nase und Exstirpation des Siebbeins mit dem darin inserirten Tumor.

d) Patient mit einem Epitheliom der Wirbelsäule, welches in die Nase vorgedrungen ist. G. machte zuerst die Tracheotomie, dann die Temporärresection des Oberkiefers und exstirpirte das Neoplasma. Perfecte Heilung seit dem 2. Mai d. J.

Laurens (Paris) fragte G., warum er systematisch die Tracheotomie vorausschicke. Er für seinen Theil ziehe vor, in der herabhängenden Lage zu operiren, ohne jene Operation, welche im Grunde genommen, einen Zeitverlust ausmache.

Goris ist der Anschauung, dass die Tracheotomie eine grosse Erleichterung für den Chirurgen bilde, weil sie das Eindringen von Blut in die Respirationswege zu verhindern gestatte, was doch immer die Gefahren der Narkose vermindere und man so die verschiedenen Zeiten der Operation bequem verfolgen könne. Endlich vermeide man noch den Blutandrang, welcher doch in der Regel die herabhängende Lage begleite.

Cheval: Die chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Nach einer kurzen Auseinandersetzung der verschiedenen Operationsmethoden, welche in Anwendung gebracht werden, um die krebsigen Neubildungen im Kehlkopf zu bekämpfen, giebt der Autor die Gründe an, weshalb er die Totallaryngectomie jeder anderen Operation vorzieht. Diese Intervention, abgesehen davon, dass sie die radicalste sei, gestattet zu gleicher Zeit die Exstirpation der Lymphdrüsenkette, welche unentbehrlich sei. In der That sei es schwer zuzugeben, dass eine Infection sich localisiren, d. h. in einem Organ abschliessen könne, ohne dass die darin erzeugten Toxine die benachbarten Lymphdrüsen inficirten.

Laurens (Paris): Kehlkopfchirurgie.

Die Kehlkopfchirurgie weist Erfolge auf, welche die Operation legitimiren, aber je frühzeitiger diese vorgenommen wird, um so besser werden die Resultate sein. Der Autor citirt die Beobachtung eines, von ihm vor 9 Monaten unter sehr schlechten Bedingungen operirten Kranken. Derselbe war 70 Jahre alt und von einem Kehlkopfkrebs befallen, welcher vor 3 Jahren die Tracheotomie benöthigt hatte. Nach vorausgeschickter Tracheotomie, diesmal oberhalb des mittleren Sternalausschnitts, dissecirte L. den Kehlkopf nach dem Verfahren von Périer,

entfernte darauf das Zungenbein, sowie einen grossen Theil der häutigen Cervicalwand. Der Patient heilte trotz einer Bronchopneumonie. Er hat jetzt eine Recidive der oberen Narbenpartie, aber trotzdem bedeutend an Gewicht zugenommen, sein Humor ist ausgezeichnet und er gehört gewiss nicht unter die Kategorie Kranker, welche Semon als am wenigsten beneidenswerth nennt.

Bei allen blutigen Interventionen, welche der Autor an den oberen Luftwegen ausführt, wendet er die Haematoaspiration an, welche das Eindringen von Blut in die Luftwege verhindert und demgemäss die Pneumonie vermeiden lässt, welche häufig daraus resultirt.

Goris spricht sich dahin aus, dass jeder operable Krebs entfernt werden müsse, das verhindere aber nicht, dass man mit den bisher erzielten Resultaten zu rechnen habe. In Bezug darauf setzt G. die Resultate seiner persönlichen Erfahrungen auseinander. Er erwähnt der schönen Erfolge Gluck's, welche man der trefflichen Technik dieses Operateurs zu Gute schreiben dürfte.

Lombard: Viele Kranke erliegen, wie Goris richtig bemerkt, der Bronchopneumonie; um diese Complication zu vermeiden, hat L. eine Canüle anfertigen lassen, welche unmittelbar nach der Operation eingeführt wird, und welche gestattet, in der Folge den Verband leicht auszuführen und zugleich das Eindringen inficirender Secrete in die Trachea zu verhindern.

Broeckaert bedauert die kurze Ausführung des Berichts von Cheval. Er für seinen Theil könne sich nicht an die Schlüsse des Berichterstatters anschliessen, welcher in absoluter Weise jede andere Intervention ausser der Totallaryngectomie verwerfe. Zur Bestätigung seiner Meinung citirt B. den Fall eines Kranken, welcher ihn vor 3 Jahren consultirt hatte wegen Heiserkeit infolge epitheliomatöser Infiltration des Stimmbandes. Die Diagnose der Affection wurde mikroskopisch festgestellt. Der Autor schlug die Thyrotomie vor, welche refüsirt wurde. Gegenwärtig, nach Verlauf von 3 Jahren hat sich der Zustand des Kehlkopfs kaum verändert, während der Gesammtzustand des Kranken recht zufriedenstellend geblieben ist. Zum Schluss bemerkt B., dass die Laryngectomie eine eingreifendere Operation sei, als die Thyrotomie und dass selbst die Pharyngo-Laryngotomie nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden dürfe.

Trétrop glaubt, dass es häufig schwer sei, den Grad der Lymphdrüseninfection zu schätzen. Er citirt den Fall von einer Frau, welche er an einem Nasenepitheliom operirt hatte. Die Kranke hatte ausserdem noch Lymphdrüsen am Halse, welche er nicht berührte; die Heilung ging indessen tadellos von statten und die Lymphdrüsen verschwanden.

Trétrop (Antwerpen): Recurrensparalyse in Folge von Mitralisstenose. Schiffszimmermann, welcher im Verlaufe eines Anfalls von Asystolie aphonisch wurde; bei der laryngoskopischen Untersuchung stand das linke Stimmband unbeweglich in Abductionsstellung. Diese Läsion, welche der Autor der Compression des Nerven des linken Herzohrs zuschreibt, verschwand plötzlich im Verlauf von 10 Tagen durch alleinige Behandlung der Herzaffection.

Cheval fragt T. ob er die Radioskopie an dem Kranken vorgenommen habe. Es scheine ihm in der That schwer anzunehmen, dass eine Mitralis-Insufficienz

Veranlassung gäbe zu einer selbst vorübergehenden Compression des Recurrens angesichts dessen, dass dieser den convexen Theil des Aortenbogens umzieht. Er glaubt vielmehr, dass man an ein beginnendes Aneurysma denken müsse.

Coasemans (Brüssel): Totale Pharynxsynechie specifischer Natur. Operation. Heilung. Vollständige Adhärenz des Gaumensegels an die hintere Pharynxwand, näselnde Stimme und Regurgitation der Flüssigkeiten. C. resecirte die Narbe und löste die Adhärenzen. Um die Neubildung derselben zu verhindern, liess er einen speciellen Katheter anfertigen und lehrte den Kranken sich desselben zu bedienen.

Jauquet hat Kranke gesehen, welche auf gleiche Weise operirt wurden und bei welchen das Resultat nicht anhielt. Er hält den Fall K.'s für zu frisch, um die Ueberzeugung einer definitiven Heilung zulassen zu können.

Trétrop: Ueber den Polymorphismus der schweren tertiären Syphilis mit Mandelläsionen; Fall von vortäuschender Lymphadenie.

Mittheilung zweier Fälle von schwerer Syphilis mit Mandelläsionen; der eine davon primär, der andere consecutiv.

Bei dem einen handelt es sich um eine Frau, deren rechte Mandel gross wie ein Hühnerei, von einem Lymphadenom befallen zu sein schien; da die andere Mandel und die Halsdrüsen in Mitleidenschaft gezogen waren, dachte man an Lymphadenie. Nach mikroskopischer Untersuchung des Blutes konnte T. diese Diagnose ablehnen und die auf tertiäre Syphilis stellen. Schliesslich vereiterten die Lymphdrüsen trotz der eingeleiteten syphilitischen Behandlung und musste der Kranke wegen beunruhigender Blutungen ins Spital internirt werden.

Bei dem anderen Fall handelt es sich um eine primäre Mandelsyphilis, welche von einem Arzte als Typhus behandelt wurde. Der Kranke starb plötzlich.

T. schliesst daraus, dass man immer an Syphilis denken müsse bei Vorhandensein bizarrer Läsionen und unwirksamer Behandlung.

Coasemanns (Brüssel): Fremdkörper des Oesophagus.

Nachmittagssitzung
im Locale der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Lüttich.

Delsaux: Die endocraniellen Complicationen der Gesichtssinusitiden.

Nach Angabe der Quellen, aus welchen der Berichterstatter geschöpft, betrachtet er zuerst die Häufigkeit dieser Affectionen in Bezug auf die verschiedenen Nasennebenhöhlen; darauf führt er die hauptsächlichsten Complicationen, wie sie im Innern der Schädelhöhle zu Stande kommen, der Reihe nach an: Extra- und Intra-Duralabscesse, Meningitiden, Gehirnabscesse, Thrombophlebitiden der Blutleiter; sodann geht er über auf die Pathogenese und giebt auf eine ganz ausführliche Weise die Wege an, welche die Eiterungen der Nase und der pneumatischen Gesichtshöhlen nehmen und zwar erstens die Venen und zweitens die der Lymphbahnen. D. erinnert an die Arbeiten von Key und Retzius, an die von Zuckerkandl und an die These von André (Paris), welcher die Lymphgefässe und Venen der Nase

und Nebenhöhlen an mikroskopischen Schnitten studirt hat; sodann betrachtet er die Möglichkeit des Eindringens krankhafter Keime durch Dehiscenzen knöcherner Wege hindurch, wie diese aus Osteitiden und nekrotischen Processen resultiren können. Er erwähnt kurz die Untersuchungen, welche über das Wesen infectiöser Agentien angestellt worden sind und kommt schliesslich zu Schlüssen, welche ein energisches Eintreten bilden zu Gunsten der methodischen Untersuchung der Nase und Nasennebenhöhlen in allen Fällen von Meningitis. Sich stützend auf die Arbeiten von Magunna und anderen Autoren zeigt er die ansehnliche Anzahl von Nasennebenhöhleneiterungen (ca. 30 pCt. sind Befunde bei Autopsien, während die Untersuchung der Nase kaum 2 pCt. ergiebt). Endlich geht er an die Frage der Behandlung der verschiedenen Varietäten von Complicationen, welche sich von Seite des Endocraniums darstellen und dringt auf eine prompte und vollständige Intervention vom ersten Auftreten schwerer Erscheinungen an. Wenngleich bislang die Misserfolge noch zahlreich seien, so setzt der Berichterstatter doch das festeste Vertrauen auf die Zukunft der Rhinochirurgie.

Lombard (Paris) zollt dem gediegenen Bericht des Berichterstatters, der die Pathogenese intracranieller Complicationen bei allen Sinusitiden und hauptsächlich der Sinusitis frontalis ins gehörige Licht stelle, seine vollkommene Anerkennung. Er persönlich unterscheide zwei Arten intracranieller Complicationen: Die erste trete spontan auf bei nicht operirten Sinusitiden; die zweite nach der Operation. L. wünscht die Ansicht des Berichterstatters darüber zu erfahren, ob man Frontalsinusitiden aus reiner Furcht vor craniellen Complicationen operiren solle oder ob man diese Besorgnisse in sofern ausser Acht lassen dürfe, dass man nur in gewissen Fällen zur Operation schreite.

Delsaux giebt zu, dass man nicht alle Frontalsinusitiden zu operiren brauche; der Eingriff ergebe sich aus dem Auftreten schwerer Gehirnerscheinungen oder dadurch, dass der Kranke sich durch sein Uebel sehr stark belästigt fühle; jedenfalls müsse in allen Fällen, in denen die Operation als nöthig erachtet werde, diese möglichst radical vorgenommen werden.

Cheval glaubt, dass man eingreifen müsse, wenn Retention im Sinus frontalis bestehe, wenn sich also in Wirklichkeit ein geschlossener Raum gebildet hat. In anderen Fällen, in welchen eine gute Abscessdrainage bestehe, komme uns die Natur zu Hilfe.

Jacques (Nancy) hält es für sehr schwer zu entscheiden, wann Retention bestehe und wann der Träger Gefahr läuft, worauf Cheval erwidert, dass Retention und consequenter Maassen Gefahr für den Patienten vorhanden sei, wenn zu gleicher Zeit Fieber und Schmerzen bestehen.

Jacques ist nicht der Ansicht, dass Schmerz gleich bedeutend mit Retention sei; er hält letztere für schwer diagnosticirbar.

Luc (Paris): Ein Fall von acuter eitriger Staphylokokken-Frontalsinusitis, complicirt mit diffuser Osteomyelitis und Extra- und Intra-Dural-Abscessen.

Heilung nach 3 Eingriffen und ca. 6 monatlicher ununterbrochener Behandlung. 40jähr. Mann, der in Folge von Grippe die Zeichen einer acuten rechtsseitigen

Stirnhöhleneiterung darbot, welche sich in Kurzem mit Zeichen von Retention complicirte. Als L. den Kranken zum ersten Mal zu Gesicht bekam, existirte eine ausgedehnte, ödematöse rechtsseitige Stirn- und Augenlidanschwellung und die violette Hautbedeckung drohte mit Einreissen. L. machte die Killian'sche Operation d'urgence. Die Stirnhöhle war rudimentär. Ganz nach aussen von ihr oberhalb der äusseren Grenze des Orbitalrandes bestand ein subperiostaler Abscess und der Knochen war durchwühlt von einer rareficirenden Osteitis bis zur harten Hirnhaut, welche in Eiter gebadet war in der Ausdehnung von ungefähr Zweifrankstückgrösse. Vereinigung der Wunde bis an den äusseren Theil zum Durchlass einer dicken Drainageröhre. Einige Tage darauf neuer subperiostaler Abscess über dem rechten Stirnhöcker. Eröffnung desselben und Drainage. Ungefähr 1 Monat nach dem 1. Eingriff wird der Eiterherd in grösserer Ausdehnung eröffnet als das erste Mal. L. constatiert, dass die Extra-Duralinfection nicht unterdrückt ist, sondern dass sie sich im Gegentheil ausgebreitet hat, so dass man, um den 2. Extra-Duralabscess vollständig zu entleeren, die harte Hirnhaut blosslegen musste, in einer Ausdehnung, welche der Fläche von vereinigten 1 Fünffrank- und 1 Zweifrankstücken entspricht. Ausserdem zeigt die harte Hirnhaut eine Fistel, welche sich spontan gebildet und aus welcher sich mehrere Löffel Eiters ergiessen, vom Arachnoidalraum herstammend. Die Dura mater wird ausgiebig incidirt und die Oberfläche der Gehirnwindungen mit einer Sublimatlösung und Sauerstoffwasser desinficirt. Partielle Naht der ausgedehnten Wunde nach Einlegen zweier grosser Drainageröhren. — Die Untersuchung des Arachnoidealeiters ergiebt die Anwesenheit von Staphylokokken. Der Kranke, welcher von dem Eingriff, trotz der Anwesenheit des Eiters in der Arachnoidealhöhle nur ganz minimales Fieber zeigte, ohne jedwedes meningitisches Symptom, abgesehen von mässigen Kopfschmerzen, genas prompt. Jedoch 2 Monate später ging die beinahe vernarbte Wunde wieder auf und entleerte Eiter, der von einer neuen Ablösung der Dura mater herrührte, sodass eine neue Knochenresection nach dem Scheitel zu nothwendig wurde. Diesmal wird die Wunde offen gelassen, diese bedeckt sich rasch, und vernarbt glatt. 2 Monate später war vollständige Heilung eingetreten. — In den Betrachtungen, welche L. seinen Mittheilungen folgen lässt, betont er die ausserordentliche Latenz der Arachnoidealinfection im Gegensatze zu den reichlichen meningitischen Symptomen anderer Kranker mit nicht richtiger Meningitis. Er schreibt die unerhoffte Heilung seines Falles der äusserst früh vorgenommenen Arachnoidealdesinfection zu.

Cheval hatte vor 3 Jahren die Gelegenheit einen Fall diffuser Osteomyelitis der Schädelknochen im Gefolge einer Ohrläsion zu beobachten. Es bestand zu gleicher Zeit eine fungöse Pachymeningitis. Die vorgenommene Operation bestand in einer ausgiebigen Resection des Felsenbeins, sowie eines Theils des Seitenwand- und Hinterhauptbeins derart, dass sie die kranken Theile umschrieb; die Meningen wurden cürettirt, von den Fungositäten befreit, und die Kranke genas rasch. Ch. hebt die Abwesenheit von Symptomen trotz der Ausbreitung und Schwere der Läsionen hervor.

Laurens hat einen identischen Fall beobachtet. Er macht darauf aufmerksam, dass, wenn man das Periost erhalten kann, was beim Kinde gewöhnlich leicht zu

machen ist, Knochenregeneration stattfindet. Er führt den Fall von einem Kinde an, bei welchem er eine ausgedehnte Resection des Stirnbeins vornehmen musste; nach 2 Jahren hatte vollständige Knochenregeneration stattgefunden, nur traten während der Zeit epileptische Anfälle auf, die sich in der Folge besserten.

Trétrop: Das Aufsuchen von Bakterien in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Meningitis ist äusserst mühsam und heikel; er glaubt kaum, dass die Abwesenheit von Bakterien als negatives Zeichen für Meningitis angesehen werden dürfe.

De Stella wünscht, dass man in Fällen von Meningismus systematisch die Lumbarpunction vornehme, behufs Stellens einer exacten Diagnose, denn man dürfe ja nicht Meningealcongestion und sogar seröse Meningitis verwechseln mit eitriger Meningitis, deren Ausgang letal sei.

Broeckaert: Ueber die Radicalcur der Pansinusitiden.

Der junge Patient, welchen Delsaux soeben vorgestellt hat, wurde operirt nach einem Verfahren, welches ich, soviel mir wenigstens bekannt ist, zuerst anempfohlen und am Lebenden ausgeführt habe. Dasselbe hinterlässt, wie man sich überzeugen konnte, kaum eine Entstellung und gestattet die Radicalcur der Pansinusitiden in einer einzigen Sitzung vorzunehmen. Das Verfahren besteht in:

1. Hautschnitt, beginnend in der Mitte des Supraorbitalrandes bis an das entsprechende Nasenloch, der Nasenwangenfurche entlang. Die Incision hat die Form eines *S* wenn rechts, und die eines ∽ wenn links operirt wird.

2. Umklappen der Weichtheile der Nase nach dem Vorgang von Moure.

3. Vergrösserung der birnförmigen Oeffnung durch Beseitigung des aufsteigenden Astes des Unterkiefers, des Os unguis, des Nasenbeins und der Spina nasalis des Stirnbeins.

4. Ethmoidectomie.

5. Resection der vorderen Wand des Sinus sphenoidal. und Curettage dieses Sinus.

6. Freilegen der medianen und vorderen Wand des Maxillarsinus bis zum Foramen infraorbit. Resection dieser Wand, sowie des diedrischen Nasomaxillarwinkels und der ganzen inneren Sinuswand. Curettage des Sinus maxillaris.

7. Exploration der Beschaffenheit des Sin. frontal. mit der Sonde durch den behufs Entfernung der Spina nasalis des Stirnbeins blossgelegten Boden derselben; bei engem Sinus vollständige Entfernung der vorderen und unteren Wand (Jacques). Bei mittelgrossem Sinus Entfernung der unteren Wand, sich immer diesseits der Rolle des grossen Obliquus haltend; bei enormer Orbitalausbreitung des Sinus lässt man der vollständigen Resection des Bodens die Totalresection der vorderen Wand folgen, mit gleichzeitiger Erhaltung des Orbitalrandes (Killian).

8. Zurückbringen der Nasenpyramide in ihre ursprüngliche Stellung und sorgfältige Hautnaht.

Goris erinnert daran, dass er vor 7 Jahren im Bulletin der Gesellschaft ein Verfahren veröffentlicht habe, welches gestatte, mit der grössten Leichtigkeit alle Gesichtshöhlen zu eröffnen.

Goris (Brüssel): Ein Wort bezüglich der Orbitalcomplicationen bei Nasenaffectionen. Ein erste Kategorie dieser Affectionen wird gebildet durch Ethmoidal-

und Frontalsinusitiden, bei welchen sich eine Fistel nach der Orbita bildet. Die Heilung dieser Complicationen verlangt die Anwendung der verschiedenen technischen Verfahren, welche man in Fällen von Sinusitiden auszuüben pflegt. Eine zweite Kategorie von Affectionen begreift chronische, eitrige Dacryocystiden, welche den gewöhnlichen Behandlungen widerstanden. Diese Affectionen hängen zusammen mit Theilen des Os unguis und ethmoid. Diese Fälle erheischen die Operation, welche darin besteht, dass man die knöcherne Orbitalwand nach innen vom Thränensack einbricht und eine zweite Nasendrainage herstellt. Das erlaubt die Orbitalwunde zu nähen und in einigen Tagen eine definitive Heilung per primam zu erzielen.

Heyninx (Brüssel): Ueberzählige Siebbeinmuschel, Gesichtsneuralgie.

In Folge eines acuten Schnupfens litt ein 38jähriger Mann an halbseitigen Gesichtsschmerzen. Rhinologisch konnte man auf der betreffenden Seite eine überzählige Muschel erkennen, die vordere Siebbeinrinne überbrückend. Die Exstirpation der Muschel führte rasche Heilung herbei. Vom embryologischen Standpunkt aus stellte die vordere Siebbeinmuschel ein in der Entwicklung weniger vorgeschrittenes Stadium der vorderen Ethmoidalrinne dar.

Lenoir fragt, seit wann der Kranke die Neuralgie gehabt habe?

Heyninx: seit 2 Jahren in Folge eines acuten Schnupfens.

Heyninx (Brüssel): Epilepsie und Endonasasalcompression.

Der Autor theilt 5 Beobachtungen mit von Beseitigung von Epilepsie durch endonasale Entlastung. Er ist der Ansicht, dass die functionelle Epilepsie abhängig sein könne von einer permanenten Reizung des peripheren Nervensystems (Würmern, Compression durch Tumoren etc.) und dass sie hauptsächlich durch Reizung des Centralnervensystems in Folge anormaler Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit bedingt werde. Diese Flüssigkeit werde epileptogen durch die beständige Zuführung von durch Eiterverhaltungen in der Nase erzeugten Toxinen.

Lenoir und Jaquet schreiben das Aussetzen der Anfälle dem moralischen Einfluss der Operation zu; eine irgend beliebige Behandlung kann unter diesen Bedingungen momentane Resultate ergeben.

De Stella meint, dass man zwischen der essentiellen und reflektorischen Epilepsie einen Unterschied machen müsse; die erstere lasse sich nicht durch eine Operation beseitigen.

Heyninx (Brüssel): Flimmerscotome und Hypertrophie der unteren Muschel.

Mittheilung zweier Beobachtungen, bei welchen die „Augenmigräne" eine endonasale und nicht centrale Ursache hatte, wie die Ophthalmologen vermuthen.

Van Swieten (Brüssel): Ein Fall von adenoider Geschwulst bei einem 67jährigen Greise.

Hennebert (Brüssel): Ueber Zufälle im Gefolge von Nasenfurunkulose.

Auftreten eines Furunkels der linken Nasenhöhle mit einem lymphangitischen

Streifen auf der Stirnhaut. H. eröffnete den Furunkel galvanokaustisch. Abendtemperatur 39,8; zu gleicher Zeit trat ein scharlachröthlicher Ausschlag mit Gelenkschmerzen auf. Darauf setzte eine „juxtapharyngeale" (lateropharyngeale? Ref.) Phlegmone ein und einige Zeit darauf bildete sich ein Oedem der linken Hälfte des Kehlkopfeingangs. H. nahm die Eröffnung der Phlegmone vor und der Kranke genas rasch.

Guisez (Paris): Ueber die endonasale Anwendung des Paraffins als Complementärbehandlung von Maxillar- und Frontalsinusitiden.

Eine der gewöhnlichen Complicationen bei der Behandlung von Pansinusitiden ist die Krustenbildung; um dem abzuhelfen, bedient sich G. der Paraffinmethode, welche den Zweck verfolgt, den Substanzverlust zu ersetzen, um so die mechanische Action zu befördern. Die Resultate, welche er damit erzielte, sind ausgezeichnet und ganz und gar denen an die Seite zu stellen, welche man bei der Ozaena erhält. Er geht darauf auf die Entstehungsweise der Krusten ein, die eine directe Consequenz der Erweiterung der Nasenhöhlen seien.

Delsaux bemerkt, dass Zuckerkandl diesen Punkt hervorgehoben hat; indem er den Nasenhöhlendurchmesser eine directe Beziehung zur Ozaena zuschreibt.

Raoult (Nancy): Tuberculose der Nasenspitze.

15jähriges Kind von R. zuerst anno 1902 beobachtet; damals bot die Nasenspitze Läsionen dar, wie man sie bei Ekzem sieht. Als er Pat. im Jahre 1905 wiedersah, hatte sich die Läsion transformirt, hatte ein sprossendes Aussehen, die Haut zeigte ziemlich zahlreiche Ulcerationen mit zahlreichen gelben Pünktchen an ihrer Oberfläche. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine tuberculöse Affection handelte. Curettage und 6 Wochen darauf vollständige Heilung.

Goris: Ueber den intervertebro-digastrischen Abscess.

G. beschreibt einen Abscess, welcher sich in der Tiefe des Nackens entwickelte zwischen der inneren Fläche des Digastricus und der Wirbelsäule. Der Verlauf der Eiterung erzeugte folgende Symptome: Heftige, progressive Schmerzen im Bereiche des grossen Nerv. occipit. ganz oben auf dem Scheitel, wo der Nerv endigt. Schmerzen an unteren Zahnnerven und den tiefen Temporalnerven, progressiver Trismus und fortschreitend zunehmende Dysphagie. Aufbrechen des Abscesses in den Oesophagus; Eiteraspiration und tödtliche Bronchopneumonie. G. beschreibt die sehr einfache Technik um auf den Abscess zu gelangen vor seiner Wanderung nach dem Oesophagus; dieselbe besteht in einer Längsincision zwischen den Mm. trapez. und sternomastoid. unter Loslösung der Mm. sternomastoid., splenius und kleinem Complexus von der Linea semilun. occipit.

Fernandès (Brüssel): Eine mit Erfolg operirte Cervicalmeningocele.

4jähr. Kind ist Träger einer Meningocele vom Volumen eines grossen Apfels mit einer wallnussgrossen Nebengeschwulst. Der Tumor verhindert das Kind, den Kopf nach hinten zu beugen. F. nahm die Resection desselben vor mit Anlegung einer Ligatur an seiner Basis. Perfecte Heilung.

Am Montag, den 19. Juni 1905, machte die Gesellschaft eine Excursion nach Spa, wo Dr. Delneuville dieselbe mit den Thermal- und Badeeinrichtungen bekannt machte. Die Reichhaltigkeit der Spa'er Quellen an Mineralbestandtheilen, besonders an Eisen und an Kohlensäure, gestatten denselben eine hervorragende Wirkung ebenso für den inneren als den äusseren Gebrauch: Chloranämie und Herzaffectionen einerseits, andrerseits vom einfachen Schnupfen an bis zur Pharyngitis sicca und Ozaena. Spa verdient mit Recht den Namen der „Königin eisenhaltiger Wasser". — Darauf Lunch. Ausflug im Wagen nach der Gileppe und Heimkehr nach Lüttich.

Ganz besondere Anerkennung verdienen Prof. Schiffers, Beco und die übrigen Lütticher Collegen für die gelungene Organisation der diesjährigen Jahresversammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

Bayer.

---

f) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

XIV. Sitzung vom 13. November 1904 zu Köln.

Anwesend 38 Mitglieder.

I. Stellungnahme zur neugegründeten deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Resolution: Die Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte begrüsst die Gründung einer neuen laryngologischen Gesellschaft; sie hält es aber für unbedingt erforderlich, dass Ort und Zeit der Tagung der Gesellschaft in keiner Weise mit der der süddeutschen laryngologischen Vereinigung collidirt und dass die Interessen dieser, sowie der übrigen bestehenden betreffenden Gesellschaften in keiner Weise geschädigt werden.

II. Neuenborn (Crefeld): a) Demonstration eines Apparates zur Anwendung des Katheterismus bei Ohrenkranken.

b) Aethylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis.

Das Aethylchlorid wird (nach Anwendung eines Mundsperrers) auf eine Chloroformmaske gespritzt; je nach dem Alter der Patienten in Dosen von $^1/_2$ bis 10 g. Die Narkose tritt nach $^1/_2$—$^4/_5$ Minuten ein, ist tief und in ihrer Dauer ausreichend für kleinere Eingriffe (Adenotomien, Paracentesen etc.); sie tritt ein ohne Excitationsstadium und ist frei von allen unangenehmen Nebenerscheinungen und Nachwirkungen anderer Betäubungsmittel.

Discussion:

Hopmann spricht sich für die Anwendung leichter Chloroformnarkose aus.

Kronenberg (Solingen) empfiehlt für kurzdauernde Narkosen die Anwendung des Aethers in der Form des sogenannten „ersten Aetherrausches" (minimale Narkose nach Riedel). Es werden dabei ca. 20 g Aether verbraucht; Rachen- und Kehlkopfreflexe bleiben erhalten, üble Nachwirkungen werden nicht beobachtet. K. wandte diese Narkose hauptsächlich bei Frauen und Kindern an.

Reinhard (Duisburg) empfiehlt für die Paracentese Lokalanästhesie mit Cocain, Menthol, Adrenalin und Carbolsäure zu gleichen Theilen. Die Lösung stellt eine dickflüssige Masse dar und wird in minimaler Dosis mittelst Wattebausch auf die zu durchschneidende Stelle des Trommelfells aufgetragen; nach 2 bis 3 Minuten färbt sich die Stelle weiss und ist unempfindlich. R. erklärt sich die Wirkung durch Zerstörung der Epidermisschicht des Trommelfells durch die Carbolsäure und die hierdurch ermöglichte Resorption der anderen Mittel. Berührung der Gehörgangswände mit dem Medicament ist zu vermeiden.

Löwenstein (Elberfeld) ist der Auffassung, dass kein Narkoticum ganz ungefährlich sei und empfiehlt, kleinere Eingriffe thunlichst ohne Narkose vorzunehmen; das Narkotisiren in aufrechter Stellung hält er für besonders bedenklich und glaubt, dass viele Todesfälle bei Zahnextractionen auf obige Art der Narkose zurückzuführen seien. Für grössere Operationen hält er die Sauerstoff-Chloroform-Narkose für kesonders empfehlenswerth.

Proebsting (Wiesbaden) bemerkt, dass erfahrungsgemäss die Narkose in sitzender oder aufrechter Stellung nicht so ungefährlich sei, wenn auch eine vollgültige Erklärung dafür nicht gegeben werden könne. Die Athembeschwerden beim Status thymicus sind ähnlich wie bei den Adenoiden und kann ein operativer Eingriff dabei plötzlichen Exitus hervorrufen; es handelt sich dabei wohl um einen Herztod, vielleicht hervorgerufen durch Zerrung der Herznerven bei Druck auf die Zungenbasis in sitzender Stellung.

Meissen (Hohenhonnef): Demonstration des Sänger'schen Apparates zur Inhalation verdampfter Flüssigkeiten.

Der Apparat hat vor den gewöhnlichen Inhalationsmaschinen den Vorzug, dass er ausser der Erzeugung von Wasserdampf das Medicament miterwärmt und durch die sinnreiche Anordnung der Röhrenleitungen eine gründlichere Mischung von Wasserdampf und Arznei gestattet.

Saenger hat den Apparat in der Wiener klinischen Rundschau 1904, No. 34 und 35, genauer beschrieben (Fabrikant O. Gentsch, Magdeburg).

Löwenstein (Elberfeld): a) Demonstration eines neuen Halseisbeutels.

Der Vorzug des Apparates besteht darin, dass er nur die vordere Hälfte des Halses bedeckt und durch Verschluss mittels Gummiringes vollständig wasserdicht bleibt. Durch sinnreich angebrachte Bänder, wovon das eine über dem Kopfe befestigt wird, kann der Beutel den vorderen und oberen Partien des Halses fest angelegt werden.

b) Mittheilung eines Falles von Fremdkörper im rechten unteren Nasengang.

Es handelt sich um einen Eckzahn, der mit der Wurzel nach der rechten Highmorshöhle zu sass und mittels Kornzange entfernt werden konnte; derselbe hatte eine Verstopfung der Nasenhälfte, Granulationsbildung und starke Hypertrophie des vorderen unteren Muschelendes verursacht. Bei dem Patienten fehlten verschiedene Zähne des Oberkiefers.

Discussion:

Hirschmann (Köln) erwähnt einen bereits in einer früheren Sitzung mitgetheilten Fall, bei welchem ein Schneidezahn nach einer Verletzung in die Nasenhöhle gewachsen war und (vielleicht durch Druck auf die untere Muschel) epileptiforme Anfälle verursachte, die nach Extraction des Zahnes schwanden.

Littaur (Düren) demonstrirt einen wegen Plattenepithelkrebses exstirpirten Kehlkopf.

Bei der Operation wurden die querdurchtrennte Trachea vorn eingenäht, der Larynx sammt oberem Oesophagusabschnitt, der im Tumor enthalten war, in toto entfernt und Oesophagusstumpf und Pharynx vernäht. Patient hat nach der Operation (7 Monate) 18 Pfund zugenommen, hat keine Schluckbeschwerden und kann wieder seinem Berufe nachgehen.

Goldschmidt (Aachen): Ueber Papillome in der Trachea.

Bei einem 44jährigen Patienten traten Athemnoth und Stenoseerscheinungen ein, die durch ein bohnengrosses Papillom des Larynx, sowie durch eine grosse Anzahl von Papillomen in den tiefgelegenen Theilen der Trachea verursacht wurden. Operation nach Killian. Moses (Köln).

III. Briefkasten.

Beschlussnahme des Belgischen Oto-Laryngo-Rhinologischen Gesellschaft bezüglich der Stellung der Laryngologie etc. bei den Internationalen Congressen.

Brief an den Herausgeber des Centralblatts.

Très honoré Collègue.

Conformément á votre désir, la Société d'oto-laryngologie Belge a mis en dicussion, dans sa dernière Séance, la part que devait prendre l'oto-laryngologie au prochain Congrès international de Médecine de Lisbonne.

Après une discussion approfondie, à laquelle ont pris part les principaux membres de la société; les propositions suivantes ont été votées:

1⁰ Une section sera réservée aux oto-laryngologistes à exclusion des stomatologistes (adoptée á l'unanimité).

2⁰ L'oto-rhino-laryngologie formera une section unique (adoptée à l'unanimité moins une voix).

La proposition suivante a été repoussée à l'unanimité moins une voix:

La section d'oto-rhino-laryngologie sera subdivisée en deux sous-sections: otologie et laryngologie: la rhinologie restera terrain commun.

Agréez, très honoré Collègue, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Secrétaire Général
Dr. Broeckaert.



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, December. 1905. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Thost. Die Begründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft zu Heidelberg am Pfingstdienstag, den 13. Juni 1905.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1905.*

Kritischer Bericht über die Gründung und erste Sitzung der Gesellschaft.

HECHT.

2) **H. Neumayer** (München). **Nekrolog auf Professor Dr. Philipp Schech.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1905.*

Würdigung der Bedeutung Schech's für die Laryngologie und Bericht über seinen ärztlichen Lebensgang, sowie Anführung der Originalarbeiten des Verstorbenen.

HECHT.

3) **John N. Mackenzie. Die Zukunft des Kehlkopfspiegels und das Studium der Laryngologie. (The future of the Laryngoscope and the study of Laryngology.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Ausgehend von einer Betrachtung über die Feier von Manuel Garcia's 100 jährigen Geburtstag weist Verf. auf die praktische Bedeutung des Studiums der Laryngologie hin; er meint, die Zeit sei nicht mehr ferne, wo das Laryngoskop ein ebenso selbstverständliches Requisit des Arztes sein werde, wie das Stethoskop. Er giebt eine Schilderung aus der Behandlung der Laryngologie als Lehrgegenstand an der John Hopkins-Universität, als er im Jahre 1889 mit demselben betraut wurde. Im Jahre 1893 wurde das Studium der Laryngologie an dieser Universität fest organisirt und obligatorisch gemacht. Verf. schliesst mit einer Schilderung des gegenwärtig an der John Hopkins-Universität für die Laryngologie befolgten Lehrplans.

EMIL MAYER.

4) **C. L. Mc Fredell** (Melbourne). **Katarrh. (Catarrh.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juli 1905.*

Verf. wendet sich gegen die populäre Auffassung, dass „Katarrh" ein bestimmter Krankheitsbegriff ist und setzt dagegen seine nichts Neues bietende De-

finition. Der Hauptfactor für das Zustandekommen eines Postnasalkatarrhs sei Staub und der Katarrh stelle nur eine Anstrengung des Organismus vor, durch vermehrte Secretion das irritirende Material wegzuwaschen. Das beste therapeutische Mittel um diesen Zweck zu erfüllen, sei die Nasendouche, deren Werth er in 20 jähriger Erfahrung erprobt habe.

A. J. BRADY.

5) **Fessler** (Pettau). **Ueber durch erhöhte Körpertemperatur bewirkten Husten.** *Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1904.*

Husten kann eine rein nervöse Folgeerscheinung des Fiebers sein, und konnte in mehreren Fällen eine günstige Beeinflussung der Entfieberung auf den Husten constatirt werden: Ausschaltung der Reflexwirkung des überhitzten Blutes auf das Hustencentrum in der Medulla oblongata.

CHIARI.

6) **Gray P. U. Prior** (Sidney). **Ein Fall von angioneurotischem Oedem. (A case of angio-neurotic oedema.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1905.*

Ein 28 jähriger Idiot litt an recurrirenden Anfällen von Oedem an verschiedenen Körpertheilen. Eines Morgens um 3 Uhr erwachte er mit einem Oedem der Oberlippe, um $7^1/_2$ Uhr bestand ausgebreitetes Oedem des Gesichtes und Halses, um 10 Uhr trat plötzlich ein Erstickungsanfall auf, dem er in wenigen Minuten erlag. Die Obduction zeigte starke Schwellung der Zunge und der Epiglottis; auch die Larynxschleimhaut war geschwollen.

A. J. BRADY.

7) **M. Buch** (Helsingfors). **Globus hystericus.** (Vorläufige Mittheilung.) *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Januar 1905. S. 28.*

Verf. hat 20 Fälle von Globus untersucht. In allen Fällen beobachtete er eine sehr bedeutende Hyperalgesie im Lenden- und Halssympathicus, die oft von spontanen Neuralgien begleitet war. In der Hälfte der Fälle konnte man durch Druck auf den Lendensympathicus — weniger oft durch Druck auf den Halssympathicus — Globus hervorrufen.

Die Globusempfindung ist durchaus nicht typisch für Hysteriker. Unter den 20 Fällen, die dem Verf. zur Untersuchung vorlagen, fand sich nicht ein Fall von Hysterie. Die meisten litten an Pubertätschlorose und wurden durch Gebrauch von Eisen und Arsenik geheilt.

E. SCHMIEGELOW.

8) **Viktor Lange** (Kopenhagen). **Ein unaufgeklärter Fall von plötzlichem Tod.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. etc. No. 2. 1905.*

Bei einem früher wegen Croup tracheotomirten Jungen mit erschwertem Decanülement und mehrfachen Ausschabungen von Granulationen blieb nach Abheilung der Tracheotomiewunde ein Stridor mit zeitweisem Auftreten von Spasmus glottidis zurück. Das Kind wurde behufs Larynxuntersuchung und etwaiger Laryngofissur an Lange verwiesen. Bei der ersten Untersuchung starb das Kind in einem Anfall von Spasmus glottidis. Autopsie wurde nicht gestattet.

HECHT.

9) **H. Richartz** (Würzburg). **Ueber Aphthae tropicae oder indische Sprue.** *Münch. med. Wochenschr No. 14. 1905.*

Diese — unter anderen Bezeichnungen — auch den Namen „Psilosis" führende Tropenkrankheit besteht nach Manson „in einer chronisch-katarrhalischen Ent-

zündung der Schleimhaut des ganzen Digestionstractus oder eines Theiles desselben und charakterisirt sich durch einen entzündeten, nackten und erodirten Zustand der Zungen- und Mundschleimhaut, durch blassen, kopiösen, meist dünnen, schaumigen Stuhl, durch Kachexie und Anämie und durch Neigung zu unaufhörlichen Rückfällen". Autor berichtet in extenso über zwei einschlägige Fälle und bespricht eingehend Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Diagnose und Differentialdiagnose.

HECHT.

10) **G. Trautmann** (München). **Zwei weitere Fälle von sogenanntem „Drüsenfieber".** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1905.*

Bericht über zwei einschlägige Fälle bei zwei Geschwistern und anatomische, sowie pathologisch-anatomische Betrachtungen über die entsprechenden Lymphbahnen und deren klinische Aeusserungen. Autor schlägt vor, statt der bisweilen nicht zutreffenden Bezeichnung „Drüsenfieber" die Erkrankung als „Angina pharyngea" zu bezeichnen.

HECHT.

11) **Hartl** und **Herrmann** (Wien). **Zur Inhalation zerstäubter bakterienhaltiger Flüssigkeit.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 30. 1905.*

Die Autoren benutzten zu ihren Thierversuchen den Inhalationsapparat nach Bartel. Die Versuche ergaben u. a., dass die Zahl der unter den geschaffenen Bedingungen mit der Athmungsluft eindringenden Keime auf dem Wege durch Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Trachea gegen die Peripherie der Lunge rasch abnimmt, der grösste Theil in den ersteren Wegen haften bleibt, während die peripheren Theile der Lungen nur von einem sehr kleinen Bruchtheil erreicht werden.

CHIARI-HANSZEL.

12) **Bartel** (Wien). **Ein Apparat für Inhalationsversuche.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 30. 1905.*

Das Prinzip des Apparates besteht darin, dass die Versuchsthiere, ausserhalb desselben sich befindend, unter hohem Druck äusserst fein zerstäubtes Material inhaliren, der Athmungsvorgang hierbei unter normalen Druckverhältnissen erfolgt. Der Apparat wurde nach B.'s Angabe von der Firma H. Dümler in Wien angefertigt.

CHIARI.

13) **Josef Ötvös. Ueber den Heilwerth des Bulling'schen Inhalationsverfahrens.** *Orvosi Hetilap. No. 16. 1905.*

Verf. referirt über zahlreiche Fälle, in welchen er mit gutem Erfolge das Bulling'sche Inhalationsverfahren in Anwendung gebracht hat.

v. NAVRATIL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **A. Onodi** und **A. Zirkelbach. Zur Pathologie der Anosmie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 125.*

Eingehender Bericht über das Resultat der Geruchsprüfung an einem grösseren Krankenmaterial, unter welchem organische und functionelle Nervenkrankheiten

ebenso wie Organkrankheiten (Vitia cordis, Phthisen, Nephritiden etc.) vertreten sind.

F. KLEMPERER.

15) **Victor Widakowich** (Wien). **Ueber das Verhalten der markhaltigen Nerven bei nasaler Reflexneurose.** *Mit 2 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1905.*

Widakowich untersuchte eine Reihe von excidirten Muscheltheilen von Patienten sowohl ohne pathologische Reflexe, wie solche mit nasalen Reflexbeschwerden (nasales Asthma, reflectorische Trigeminusneuralgie) und konnte in Bezug auf das Verhalten der Nerven keine Unterschiede constatiren. Autor kommt auf Grund seiner Untersuchungen an Serienschnitten zu Resultaten, die von den s. Zt. Levy'schen Untersuchungsresultaten bedeutend abweichen; bezüglich Details muss aaf die Originalarbeiten verwiesen werden.

HECHT.

16) **Adolph Bronner. Nasenkrankheiten und ihre Beziehung zu krankhaften Zuständen anderer Organe. (Diseases of the nose and their relationship to pathological conditions of other organs.)** *Brit. Med. Journal London. I. p. 177. 1905.*

Verf. verhält sich im Allgemeinen skeptisch gegenüber der Auffassung, dass häufig ein reflectorischer Zusammenhang zwischen Nasenerkrankungen und anderen Organen besteht, wenn er auch nicht leugnen will, dass in seltenen Fällen ein solcher Zusammenhang besteht. Bei Asthma und Heufieber ist eine solche Beziehung zweifellos festgestellt; in allen diesen Fällen ist sorgfältige Untersuchung und eventuell Behandlung der Nase angezeigt. Ausführlich werden die Zusammenhänge zwischen Nasenerkrankungen und Affectionen des Auges und Ohrs, Nebenhöhlenerkrankungen und Meningitis, Gastritis und Kopfschmerz behandelt, zum Schluss vor operativem Uebereifer gewarnt.

JAMES DONELAN.

17) **Henry H. Haskell. Augenbeschwerden und reflectorische Erscheinungen nasalen Ursprungs. (Eye strain and reflex phenomena of nasal origin.)** *N. Y. Medical Journal. 4. März 1905.*

Verf. hat 65 Fälle gesammelt, in denen Refractionsstörungen durch intranasale Operationen gebessert wurden. Man sollte vor jeder Brillenverordnung erst die Nase untersuchen.

LEFFERTS.

18) **Heinr. Halász** (Miskolz). **Stimmritzenkrampf verursachende Knochenblasenbildung der mittleren Nasenmuschel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder. Die die Nase in ihrer ganzen Tiefe stenosirende, mit Luft gefüllte Knochenblase sass an der Stelle der mittleren Muschel, welch' letztere fehlte.

HECHT.

19) **A. L. Whitehead. Nasenkrankheit als eine Ursache von Kopfschmerz. (Nasal disease as a cause of headache.)** *Brit. Med. Journ. I. p. 179. 1905.*

Sicher werden Kopfschmerzen in einer Anzahl von Fällen durch Nasenerkrankungen verursacht; jedoch kann es zweifelhaft sein, ob ein solcher Zusammenhang besteht bei Nasenerkrankungen, die nicht mit eitriger Secretion und Nasen-

verstopfung einhergehen. Jedenfalls sollte bei Klagen über Kopfschmerz niemals eine sorgfältige Untersuchung der Nase verabsäumt werden. Operationen kleiner Leisten und Hypertrophien haben gewöhnlich keinen Nutzen; wenn die mittlere Muschel gegen das Septum, besonders gegen das Tuberculum septi drückt, so soll sie theilweise abgetragen werden. JAMES DONELAN.

20) **Somers. Nasaler Kopfschmerz. (Nasal headache.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juli 1905.*

S. betrachtet als häufige Ursache für Kopfschmerz partielle oder complete Nasenstenose und acute oder chronische Sinusitis. Der Häufigkeit nach geordnet ist der Kopfschmerz frontal, occipital und vertical. Nasenstenose führt vorzugsweise zu Frontalschmerzen und Gefühl von Schwere; die heftigsten und constantesten Schmerzen sind die Folge von Nebenhöhlenerkrankungen.

LEFFERTS.

21) **G. Kolischer. Nasale Dysmenorrhoe. (Nasal dysmenorrhea.)** *American Journal of Obstetrics. Juni 1904.*

Verf. kommt zu dem Resultat, dass kein Recht besteht, eine nasale Dysmenorrhoe als klinischen Begriff gelten zu lassen. Die Beeinflussung der Dysmenorrhoe durch Cocainisirung lasse sich durch die allgemeine Intoxication des Organismus mit dem Alkaloid erklären; man solle besonders bei nervösen Patientinnen mit der Anwendung von Cocain sehr vorsichtig sein. EMIL MAYER.

22) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Heufieber-Therapie. (Hooikoorts-therapie.)** *Geneesk. Courant. 25. Juni 1904.*

Polemik wider Elias; Vertheidigung der Fink'schen Aristol- und namentlich der Dunbar'schen Antitoxin-Behandlung. H. BURGER.

23) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Die Therapie des Heufiebers. (De therapie der hooikoerts.)** *Med. Weekbl. XI. No. 11.*

Besprechung der Fink'schen Aristol-Behandlung, von welcher nur der Erfinder Resultate erlebt haben soll und der Dunbar'schen Antitoxin-Therapie, der weit grösseres Lob gespendet werden kann, welche indessen gewiss noch kein Universalheilmittel des Heufiebers darstellt. H. BURGER.

24) **R. Mohr** (Mügeln b. Pirna). **Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Heufiebers.** (Auf Grund des vom Vorstand des „Heufieberbundes von Helgoland" zusammengetragenen Materiales an Fragebogen, brieflicher Mittheilungen etc.) *Münch. med. Wochenschr. No. 33 u. 34. 1905.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

25) **Otto J. Stein. Die Dunbar'sche Antitoxinmethode zur Behandlung des Heufiebers. (The Dunbar antitoxin method of treating hay-fever.)** *Medicine. April 1905.*

In drei Fällen, mit denen Verf. Versuche anstellte, folgte auf die Einführung des Toxins in den Conjunctivalsack die gewöhnliche Reaction, während bei den Controlpersonen jede Reaction ausblieb; die Versuchspersonen litten an der Früh-

lingsform des Heufiebers. Das Antitoxin muss vor Beginn des Anfalls angewandt werden, hat dieser sich erst einmal entwickelt, so bleibt es wirkungslos. Von 26 Fällen, bei denen das Mittel prophylaktisch angewandt wurde, wirkte es bei allen, bis auf drei. Auf der Höhe des Anfalls angewandt, mildert es seine Schwere etwas. In einem Fall war gar keine Wirkung des Antitoxin zu constatiren. Verf. zieht das Pulver dem flüssigen Präparat vor. Unter den berichteten Fällen sei als besonders merkwürdig der eines Dienstmädchen hervorgehoben, bei dem jedesmal Heufieber auftrat, wenn es mit Mehl zum Backen hantirte. Nach Anwendung des Serums blieb diese Erscheinung aus.

EMIL MAYER.

26) **Heindl** (Wien). **Das Heufieber und seine specifische Behandlung mit Pollantin.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1905.*

H. giebt dem Pollantin in Pulverform den Vorzug gegenüber dem flüssigen Medicament. Es wird wie eine Prise aufgeschnupft und ist besonders darauf zu achten, dass das Aufschnupfen zu einer Zeit erfolgt, wenn die Nase noch nicht verstopft ist, der Patient also gerade nicht an Heuschnupfen leidet, wie des Morgens bei geschlossenem Fenster. Das Medicament ist nach Bedarf mehrmals des Tages anzuwenden und konnten befriedigende Resultate erzielt werden.

CHIARI.

27) **Notiz des Herausgebers. Heufieber und seine Behandlung. (Hay fever and its treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juli 1905.*

Angabe der von verschiedenen Autoren empfohlenen Behandlungsmethoden, mit besonderer Berücksichtigung von Chappell, Thornton, Waugh und Hollopeter.

LEFFERTS.

28) **Jacques Joseph** (Berlin). **Intranasale Nasenhöckerabtragung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration eines intranasal, ohne jede äussere Narbe, von seinem entstellenden Nasenhöcker befreiten Patienten. Die Nase zeigte in der oberen Hälfte einen grösseren, in der unteren Hälfte einen kleineren Höcker. Beide traten namentlich beim Lachen hässlich hervor. Guter kosmetischer Erfolg.

ALBANUS (ZARNIKO).

29) **M. Hajek. Bemerkungen zu der Krieg'schen Fensterresection.**
K. M. Menzel. Zur Fensterresection der verkrümmten Nasenscheidewand. *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 45 u. 48.*

Hajek hat die Krieg'sche Fensterresection in mehr als 100 Fällen ausgeführt und rühmt ihr durchgehends gute Resultate nach, wie sie ähnlich von keiner anderen Methode erreicht werden. Zur Abkürzung der Heilungsdauer nach der Operation und zur Verringerung der nicht unerheblichen Beschwerden des Pat. während dieser Zeit schlägt er eine Modification des Verfahrens durch Erhaltung der Schleimhaut der convexen Seite vor.

Menzel giebt die Operationsgeschichten von 15 Fällen, die nach diesem modificirten Verfahren im Hajek'schen Ambulatorium operirt wurden. Die Operation schildert er folgendermaassen: Bepinseln beider Septumschleimhäute, jedoch mehr der convexen, mit 20proc. Cocainlösung und Adrenalin 1 : 1000; Schleich-

sche Infiltration an der Stelle des Schnittes und weiter nach rückwärts zwischen Schleimhaut und Knorpel beiderseits. Hierauf wird an der convexen Seite, entlang dem Septum mobile, direct auf den vorderen Rand der Cartilago quadrangularis ein Schnitt durch die Schleimhaut gemacht, welcher am oberen und unteren Ende etwas nach hinten umbiegt. Nachdem nun der vorderste Antheil des Knorpels mittels Hakenpincette und Skalpell von der einen Schleimhautfläche völlig entblösst worden ist, wird die Ablösung mittels stumpfen Elevatoriums soweit als nöthig nach rückwärts vollführt. Von demselben Schnitte aus wird in ganz der gleichen Weise zunächst ein kleines Stück Knorpel von der concaven Septummembran mittels Hakenpincette und Skalpell entblösst und hierauf wieder stumpf möglichst weit nach rückwärts abgelöst. Die Schleimhaut der convexen Seite wird nun mit einem Fadenzügel bei Seite gehalten, der Knorpel in jener Linie, bis zu welcher man ihn nach oben entfernen will, mit der Scheere durchschnitten und dann mittels gut fassender Kornzangen resecirt. Unter Anwendung des Nasenspiegels wird nun alles, was von Knochen und Knorpel im Wege steht — mittels schneidender Zangen, die etwa verkrümmten alleruntersten Septumpartien mittels Meissel und Hammer — bis weit nach rückwärts und beliebig weit nach oben entfernt, bis beide Nasenhälften sich als ganz frei präsentiren und einen ungehinderten Ausblick auf die hintere Rachenwand gestatten. Nun kann man 2—3 Nähte anlegen, jedoch genügt es auch ohne diese durch einfache Tamponade der beiden Seiten die beiden Schleimhautblätter auf einander gepresst zu halten. Die ersten Tampons werden nach 2 Tagen entfernt und nun blos der der ursprünglich convexen Seite ersetzt; dieser bleibt wieder 1—2 Tage und wird, falls die Stellung des Septums es erheischt, noch weiter erneuert. Die Heilung erfolgt per primam, nach 6—8, längstens 14 Tagen ist der Patient geheilt. — Wesentlich ist, den Nasenknorpel nicht zu nahe dem knorpeligen Nasenrücken zu reseciren, weil sonst unfehlbar eine Sattelnase entsteht.

F. KLEMPERER.

30) **Erhard Müller** (Stuttgart). **Zur Technik der Krieg'schen Fensterresection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 312.*

Verf. schreibt der Krieg'schen Operation, die er im Laufe von 10 Jahren 165 Mal ausgeführt hat, universelle Brauchbarkeit für alle Fälle von Septumverbiegung zu. Er bespricht die Technik der Operation eingehend und räth, nach keiner Richtung von den ursprünglichen Krieg'schen Vorschriften abzugehen; so oft er dies versuchsweise that, ist er immer wieder auf die Krieg'sche Methode als „die vollkommenste, zuverlässigste und relativ einfachste“ zurückgekommen. Zur Erlernung der Technik und Ueberwindung ihrer Schwierigkeiten empfiehlt Verf., zuerst an leichteren Fällen (linke Seite, weite und hohe Nasenlöcher, blutarme Personen) zu operiren; „wer aber einmal die Technik der Krieg-schen Operation gründlich beherrscht, für den giebt es überhaupt keine Unmöglichkeiten mehr in der Septumchirurgie“.

F. KLEMPERER.

31) **Sidney Jankauer. Submucöse Resection der verbogenen Nasenscheidewand. (Submucous resection of the deviated nasal septum.)** *American Journal of Surgery. Juni 1905.*

Die Incision wird durch Schleimhaut und Perichondrium im vordersten Theil

der Convexität in verticaler Richtung gemacht; sie wird über den Nasenboden hin fortgeführt. Mit dem scharfen Elevatorium wird nach der andern Seite perforirt und dann die Operation in der gewöhnlichen Weise weitergeführt. Verf. hat 28 Fälle so operirt; es kam in keinem derselben eine Perforation zu Stande. Unter den Vortheilen, die Verf. der Operationsmethode nachrühmt, ist auch der, dass es in Folge der schnellen Heilung nicht zu Borkenbildung kommt, die tiefer gelegenen Theile des Septums können leichter erreicht werden, weil in Folge der Thatsache, dass der Lappen unten am Nasenboden festgehalten ist, die Schleimhäute durch die mechanische Action der inspirirten Luft vom Knorpel und Knochen abgehalten werden.

EMIL MAYER.

32) **William Lincoln Ballenger. Die submucöse Resection des Nasenseptums. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Verf. nimmt die Operation mittels eines von ihm besonders zu diesem Zweck angegebenen Drehmesssers vor, durch das er in den Stand gesetzt wird, die Operation einschliesslich der Entfernung am knöchernen und knorpligen Septum innerhalb 5—20 Minuten zu vollenden. Die Entfernung des Knorpels vollzieht sich mit dem Messer innerhalb weniger Secunden. Die Technik besteht in einer Modification der von Hajek-Menzel, White und Killian befolgten Methode. Der Hauptunterschied besteht in der Entfernung des knorpligen Septums, die in einem Stück geschieht.

EMIL MAYER.

33) **William Lincoln Ballenger. Eine neue Technik zur submucösen Resection des knorpeligen Septums. (A new technique for the submucous resection of the cartilagenous septum.)** *Laryngoscope. Juni 1905.*

Mittels des vom Verf. angegebenen Messers kann ein kreisförmiges oder irgendwie anders geformtes Stück des Knorpels ausgeschnitten werden, ohne dass man das Instrument mehr als einmal zwischen die abgehebelten Blätter des Mucoperichondriums einzuführen braucht; diese Operation erfordert nur wenige Secunden. Es resultirt keine Zerreissung oder Perforation der Schleimhaut.

EMIL MAYER.

34) **Francis W. Alter. Die submucöse Resection des verbogenen Nasenseptums. (The submucous resection of deflected nasal septum.)** *The Journal of the American Medical Association. 1. Juli 1905.*

Verf. berichtet über drei Fälle von Septumoperation nach Killian; in zwei davon resultirte eine Perforation des Septums. In einer Zusammenfassung am Schluss der Arbeit kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass die Killian'sche Operation unter allen in Betracht kommenden Methoden die rationellste und sicherste ist und diejenige, die zu den besten und dauerhaftesten Resultaten führt.

EMIL MAYER.

35) **D. A. Heffernan. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 31. August 1905.*

Die einzige Modification des Verf.'s besteht darin, dass er die Incision längs des freien Randes der Cartilago quadrangularis macht.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

36) **M. Rosenák** und **J. Feldmann** (Budapest). **Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus.** *Gyógyászat. No. 5—6. 1905.*

Das 5 Monate alte Kind konnte nicht saugen, die Zunge war sehr gross, vorne durch 1 cm tiefe Fissuren in drei Theile getheilt, dazwischen lagen drei milchweisse erbsen- bis bohnengrosse Cysten. Frenulum linguae verkürzt, ausserdem sind adenoide Vegetationen und Syndactylie nachgewiesen worden.

v. NAVRATIL (POLYAK).

37) **Dageuneville. Die symmetrische congenitale Faltenzunge. (La langue plicaturée symmétrique congénitale.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Es handelt sich um eine wirkliche angeborene Dystrophie, die sich oft bei mehreren Generationen wiederfindet und fast stets mit anderen Missbildungen, Gaumen- und Lippenspalten, Zahnanomalitäten etc. zusammen vorkommt. Es können differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber syphilitischen Erscheinungen sich ergeben; einige Autoren betrachten diese Affection als ein hereditär-syphilitisches Symptom. Wahrscheinlich handelt es sich vielmehr um einen Mangel im Parallelismus der Entwicklung zwischen der Schleimhaut und der Musculatur; letztere bleiben in der Entwicklung zurück, während die Schleimhaut in der normalen Weise sich weiter entwickelt, für jene zu gross wird und sich faltet.

A. CARTAZ.

38) **Richard H. Johnston. Ein Fall von sogenannter Haarzunge. (A case of so called hairy tongue.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Bei dem 35 jährigen Patienten wurde als zufälliger Nebenbefund entdeckt, dass der Zungenrücken eine schwarze Farbe hatte und die Papillae filiformes sehr verdickt und lang waren. Die Basis jeder Papille war sehr dick und von ihr ging eine feine haarförmige Fortsetzung aus. Die Schwarzfärbung schien sich auf diese haarförmigen Fortsätze zu beschränken, während die verdickten Basen der Papillen von blasser Farbe waren. Pat., der sich wegen eines Ulcus auf der Tonsille vorgestellt hatte, kam nach einer Woche wieder und inzwischen war die Zungenaffection völlig geschwunden. EMIL MAYER.

39) **St. Clair Spruill. Bericht über einen Fall von Rundzellensarkom der Zunge, Mandel und eines Theils des weichen Gaumens. (Report of a case of round cell sarcoma of tongue, tonsil and part of soft palate.)** *Carolina Medical Journal. Juli 1905.*

Der Fall betraf einen 40 jährigen Mann; es trat in den 3 Jahren, die seit der Exstirpation verflossen sind, kein Recidiv ein. EMIL MAYER.

40) **Glas** (Wien). **Beiträge zur Pathologie der Zungengrundtumoren.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1905.*

Beschreibung eines wallnussgrossen Adenoleiomyoms der Zungenbasis wahrscheinlich congenitalen Ursprungs. Der erstbeobachtete Fall eines Adenoleiomyoms in der Gegend der Zungenbasis offenbar mit der Bildung des Ductus

lingualis in Zusammenhang. In einem zweiten publicirten Falle handelt es sich um eine mit zahlreichen glatten Muskelfasern versehene hypertrophische Zungenpapille von Bohnengrösse.

CHIARI.

41) **Richard H. Johnston. Papillom der Zungentonsille. (Papilloma of the lingual tonsil.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Die Zungentonsille war stark hyperplasirt; in der Mittellinie war sie durch eine tiefe Furche getheilt. Auf der linken Hälfte befand sich ein Tumor von der Grösse einer grossen Erbse, von gelblich-blasser Farbe, frei beweglich und gestielt aufsitzend.

Die Untersuchung des mit der Schlinge entfernten Tumors ergab, dass es sich um ein Papillom handelte.

EMIL MAYER.

42) **Ulrik Quensel** (Upsala). **Fall von Struma accessoria baseos linguae. (Fall af Struma accessoria baseos linguae.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. S. 393. Juni 1905.*

Bei einer 30 jährigen Frau ist im Laufe von 10 Wochen ein Tumor am Zungengrunde, der schnell an Grösse zunahm, beobachtet. Nur geringe Beschwerden. Die Geschwulst sass an der Zungenbasis und war pflaumengross. Wurde durch Operation entfernt. Kein Recidiv nach fast 2 Jahren. Mikroskopie: Struma der Schilddrüse von in den verschiedenen Theilen etwas wechselndem histologischen Bau.

E. SCHMIEGELOW.

43) **G. Máthé. Zwei Fälle von Angina mit eigenthümlichem Verlauf.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1905.*

In beiden Fällen trat ein exsudatives Erythem hinzu.

v. NAVRATIL.

44) **A. de la Chapelle** (Finland). **10 Fälle von acuter diffuser Peritonitis im Anschluss an Angina. (10 Fall af akut diffus Peritonitis i anslutning tie Angina.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. p. 508. 1904.*

In der Discussion, die auf den Vortrag folgte — sein Inhalt ist im Titel wiedergegeben — theilte A. Tollet verschiedene Complicationen mit, die er bei einer zur Zeit in Helsingfors herrschenden Anginaepidemie beobachtet hat, nämlich 13 Fälle von Otitis, 1 mit hämorrhagischer Nephritis, 2 mit Gelenkrheumatismus, 1 mit Peritonitis und 2 mit Kehlkopfabscess.

E. SCHMIEGELOW.

45) **Luzzatto** (Triest). **Zwei Fälle von Vincent'scher Angina. (Due casi di Angina di Vincent.)** *Sezione Veneta d. Società Ital. di Pediatria. 14. Januar 1905.*

In beiden Fällen war die Affection einseitig; nach 3—4 tägigem fieberhaftem Verlauf verkleinerte sich die Ulceration und verschwand dann völlig. Die Untersuchung des Exsudats ergab den typischen Befund. Die Spirillen zeigten grosse Beweglichkeit, während diese den fusiformen Bacillen fehlte. Culturversuche blieben negativ. Derselbe bacterielle Befund ergiebt sich in cariösen Zähnen gesunder Menschen und bei gewissen Formen von Stomatitis ulcerosa. Möglicher-

weise handelt es sich bei der Vincent'schen Angina nur um eine besondere Localisation der Stomatitis ulcerosa.

FINDER.

46) **Samuel Rona. Zur Prioritätsfrage Vincent-Plaut.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Rectificirt auf Ersuchen Vincent's seine Aeusserung, welche er in einem Artikel veröffentlichte: Vincent gebührt die Priorität bezüglich der nach ihm benannten Krankheit und der betreffenden Mikroben — und nicht Plaut.

v. NAVRATIL.

47) **G. Máthé. Fall von Angina Vincenti ulcerosa.** *Orvosi Hetilap. No. 25. 1905.*

Im November und December 1904 zu wiederholten Malen Angina follicularis mit langer Heilungsdauer. Vor 9 Tagen, am 19. Januar wieder Halsschmerzen ohne Fieber. Auf der linken Tonsille Follikel, dann um je zwei Follikel zwei linsengrosse Geschwüre: Die mikroskopische Untersuchung ergab Vincent'sche Bacillen und Spirillen.

v. NAVRATIL.

48) **Karl Morian** (Essen a. d. Ruhr). **Stomatitis ulcerosa und Angina Vincenti.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1905.*

Morian berichtet über 4 Fälle bei Kindern, in denen die Vincent'schen spindelförmigen Stäbchen und Spirillen eine ulceröse Stomatitis mit Localisation auf der Schleimhaut des Mundes hervorgerufen, während die Tonsillen mehr weniger verschont blieben, und erörtert das klinische Bild, Diagnose und Differentialdiagnose.

HECHT.

49) **F. Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Die Plaut-Vincent'sche Angina.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1905.*

Eingehender Bericht über 25 Fälle obiger Affection, die in den letzten 3 Jahren im allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf zur Beobachtung kamen. Kritische Besprechung der klinischen Erscheinungen und des bakteriologischen Befundes, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

50) **Schiffers. Retropharyngeale Adenophlegmone und Diphtherie. (Adenophlegmone pharyngien et diphthérie.)** *Archiv. Internat. d. Laryngologie. No. 9. 1904.*

Beide Erkrankungen traten bei demselben Individuum gleichzeitig auf und gingen in Heilung über.

E. J. MOURE.

51) **A. Vallana. Ueber Kehlkopf-Lungencomplicationen bei Nasendiphtherie. (Sulle complicazioni laringo-pulmonari nella difterite del naso.)** *Sezione Piemontese della Società Ital. di Pediatria. 3. December 1904.*

Bericht über den Fall eines 11 Monate alten Mädchens, bei dem von einer primären Nasendiphtherie aus die Infection sich über die oberen Luftwege weiter verbreitete und zum Tode führte. Es fand sich bei der Section ausser den Mem-

branen auf den Tonsillen, auf der Hinterfläche des Gaumensegels, dem Nasenrachen auch eine Bronchopneumonie. Die bakteriologische Untersuchung der Lungenherde ergab den Pneumococcus.

FINDER.

52) **Albert Uffenheimer** (München). **Ein Beitrag zum Capitel der Nasendiphtherie (Nasendiphtheroid bei Scharlach).** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Ausführlicher Bericht über einen Fall von letal endigendem Scharlach bei einem dreijährigen Knaben, der durch eine eitrige, membranöse Rhinitis complicirt war. In vivo liessen sich sowohl in dem Nasensecret, wie in den Membranen nur Streptokokken, keine Löffler-Bacillen nachweisen; die spärlichen Löffler-Bacillen, die sich in Culturen fanden, die von — bei der Autopsie entnommenen — Nasenmembranen aufgingen, dürften nur die Bedeutung von Saprophyten haben. Die klinisch-differentialdiagnostisch schwer zu entscheidende Nasenaffection war „als ein Theil der Scharlacherkrankung zu betrachten und auf die ausserordentlich zahlreich und fast allein vorhandenen Streptokokken zurückzuführen". Autor empfiehlt für diese membranöse Nasenschleimhaut-Erkrankung die Bezeichnung „Nasendiphtheroid bei Scharlach". Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

53) **Wm. R. Cubbins** und **Walter H. Buhlig. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie mit diphtheritischer Gastritis und Status lymphaticus. (A case of laryngeal diphtheria with diphtheritic gastritis and status lymphaticus.)** *Transactions of the Chicago Pathological Society. 10. April 1905.*

Der plötzliche Tod des Patienten wird auf den Status lymphaticus zurückgeführt.

EMIL MAYER.

54) **Hj. Wennerberg** (Gothenburg). **Ueber den Einfluss der Serumtherapie auf die Mortalität bei Diphtherie und Croup in Gothenburg. (Om serumterapiens inflytande paa mortaliteten i difteri och strypsjuka i Göteborg.)** *Hygiea. 1905.*

Der Verf. zeigt in dieser statistischen Arbeit, dass die Serumtherapie die Mortalität bei den oben genannten Krankheiten bedeutend vermindert hat.

E. SCHMIEGELOW.

55) **Courmont** (Lyon). **Ueber den Ersatz der subcutanen Injectionen durch intravenöse, um Folgeerscheinungen der Serumtherapie zu vermeiden. (De la substitution des injections intraveineuses aux injections souscutanées pour éviter les accidents post-sérotherapeutiques.)** *Société médicale des hôpitaux. 9. Juni 1905.*

Verf. versichert, dass die intravenösen Seruminjectionen ohne jede Gefahr sind, denn das Blut sei viel weniger empfänglich für pyogene Infectionen, als das Unterhautzellgewebe. Selbst die Einführung einiger Luftbläschen in die Venen sei ganz ungefährlich.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

56) **W. L. Wilson. Laryngeale Complication des Typhus-Fiebers. (Laryngeal complication of typhoid fever.)** *Michigan State Medical Journal. September 1904.*

Bericht über drei Fälle. In zwei Fällen erfolgte der Tod in Folge Perichondritis; im dritten handelte es sich um Larynxödem. In diesem trat nach Scarification Heilung ein.

EMIL MAYER.

57) **Thomas J. Quinlan. Halscomplicationen bei Typhus. (Throat complications in typhoid.)** *The Laryngoscope. Januar 1905.*

Verf. hat in seiner Praxis 6 Fälle von posttyphöser Kehlkopfstenose beobachtet: vier betrafen männliche Patienten im Alter von 12, 29, 33 und 41 Jahren, zwei Frauen von 20 und 34 Jahren. Die Stenose trat stets in der Reconvalescenz auf und alle Fälle endeten tödtlich. Es waren keine Prodromalerscheinungen vorhanden ausser Heiserkeit; in 6—18 Stunden folgte leichte Dyspnoe, die sich allmählich bis zur Cyanose steigerte. Intubation wurde in 4 Fällen versucht, jedoch ohne Erfolg. Später schritt man zur Tracheotomie und zwar in vier Fällen unter Cocainanästhesie, in zwei in Chloroformnarkose. Bei drei der Operirten schien die Stenose überwunden zu sein, jedoch gingen sie an Sepsis zu Grunde. Zwei, die sich bereits in extremis befanden, als sie operirt wurden, starben kurze Zeit nach der Eröffnung der Trachea. In fünf Fällen gelang es, das Larynxinnere mit dem Kehlkopfspiegel zu sehen, man fand jedoch nur geringfügige Veränderungen, Schwellung und einige Schleimhautekchymosen. In der Hälfte der Fälle, d. h. in drei, fand sich nur ein starker subacuter Katarrh des Larynx, in den andern konnte eine doppelseitige Abductorparese constatirt werden.

EMIL MAYER.

58) **Richard H. Johnson. Die Kehlkopfcomplicationen bei Typhus. (The laryngeal complications of typhoid fever.)** *N. Y. Medical News. 3. Juni 1905.*

Wo irgend welcher Verdacht besteht, sollte von Zeit zu Zeit der Kehlkopf untersucht werden. In der Mehrzahl der Fälle genügt eine exspectative Behandlung, nur ein milder Spray einer öligen Kampherlösung sollte gebraucht werden. Wo bereits Perichondritis oder Geschwürsbildung entstanden ist, müssen energische Maassnahmen Platz greifen; besonders zu empfehlen ist Adrenalinspray und Eisschlucken. Bei Stenosenerscheinungen soll sofort tracheotomirt werden. Wo als Folgeerscheinung Adhäsionen im Larynx sich gebildet haben, muss die Tracheotomiecanüle unbestimmt lange getragen werden. Verf. weist eindringlich auf die Wichtigkeit einer von Zeit zu Zeit vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung beim Typhus hin.

LEFFERTS.

59) **R. Landesberg. Beitrag zur Diagnostik der Tuberculose und Lues des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Rundschau. No. 28. 1905.*

Besprechung eines Falles von Lues des Larynx, der längere Zeit für Tuberculose gehalten wurde. 30proc. Wasserstoffsuperoxyd, unverdünnt auf Kehlkopfgeschwüre gebracht, wirkt schmerzstillend und heilend.

O. CHIARI.

60) **C. H. Theisen. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopfsyphilis. (An unusual case of laryngeal syphilis.)** *Albany Medical Annals. Juli 1905.*

Im Anschluss an seinen Fall, der die Tracheotomie erforderlich machte, erörtert Verf., wann diese und wann die Intubation angebracht ist. Letztere hält er besonders nützlich, wenn die Stenose noch keinen extremen Grad erreicht hat und wenn sie durch Verdickung und Infiltration der Stimm- und Taschenbänder bedingt ist. Ist dagegen die Stenose eine sehr hochgradige oder bestehen membranöse Verwachsungen zwischen den Stimmbändern, die nur eine schmale Oeffnung lassen, so ist es gerathen, zunächst die Tracheotomie zu machen, um dann von unten her die Strictur zu dilatiren. Die besten Chancen bietet die Tracheotomie mit nachfolgender Laryngofissur, wenn die Glottis durch viel Narbengewebe verengt wird.

EMIL MAYER.

61) **Francis R. Packard. Syphilitische Erscheinungen in Kehlkopf und Trachea. (Syphilitic manifestations in the larynx and trachea.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Verf. hebt hervor, wie ausgezeichnet sich in manchen Fällen von Narbenbildung im Kehlkopf die Fähigkeit zu phoniren wiederherstellt. Es handelt sich um eine compensatorische Thätigkeit, durch die oft grosse Gewebsverluste ausgeglichen werden.

EMIL MAYER

62) **L. Revol. Die tertiäre Kehlkopfsyphilis; eine klinische Studie. (La syphilis tertiaire du larynx, étude clinique.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Eine treffliche von Garel angeregte Arbeit. Es werden nur die eigentlichen Kehlkopfaffectionen behandelt, ohne Berücksichtigung der nervösen Störungen, wie Lähmungen etc. Symptomatologie, Diagnose, alle vorkommenden Complicationen der veschiedenen Formen von tertiärer Kehlkopfsyphilis, wie Gummi, Infiltrationen, Perichondritiden, Ulcerationen etc. werden abgehandelt. Den Schluss bildet ein sehr ausführliches Literaturverzeichniss.

R. CARTAZ.

63) **N. B. Carson. Laryngectomy. (Laryngectomie.)** *Interstate Medical Journal. Juli 1904.*

Von 3 Fällen, bei denen die Laryngectomie vorgenommen wurde, starb der eine am 8. Tag, ein anderer 4 Monate nach der Operation in Folge Hitzschlag.

EMIL MAYER.

64) **D. Bryson Delavan. Primäres Epitheliom der Epiglottis. (Primary epithelioma of the epiglottis.)** *N Y. Medical Record. 6. Mai 1905.*

Pat. war ein 62 jähriger Mann. Die Operation — ausgeführt von Hajek in Wien — bestand in der Excision mittels der Krause'schen Zange. Der Fall bietet in mancher Hinsicht Interesse, erstlich weil Carcinome der Epiglottis verhältnissmässig selten sind, ferner weil hier die Erkrankung von ihren ersten Anfängen an beobachtet wurde und man ihr Fortschreiten von einem Stadium zum andern studiren konnte. Bemerkenswerth war auch das Verhalten der Umgebung der Geschwulst: Lange Zeit hindurch war nicht die geringste Tendenz einer Aus-

breitung über die Grenzen der Geschwulstbasis hinaus zu constatiren. Die Entfernung gelang ausgezeichnet; nach fast zwei Jahren war kein Recidiv aufgetreten.

Das Studium dieser und analoger Fälle führt, wie Verf. weiter ausführt, zu der wichtigen Annahme, dass bei gewissen Localisationen des Carcinoms die Lymphdrüsen nicht frühzeitig afficirt zu sein brauchen. Infolgedessen kann frühzeitige Excision des Krankheitsherdes definitive Heilung zu Folge haben. In die Praxis übertragen hat diese Theorie bei den intralaryngealen Carcinomen oft zu Erfolgen geführt, indem frühzeitige Diagnose und Operation hier, wie die Erfahrungen zahlreicher Chirurgen ergeben, mannigfache Heilungen ergeben haben.

LEFFERTS.

65) **Patel** (Lyon). **Carcinom des Larynxinnern. (Cancer intrinsèque du larynx).** *Société de médecine de Lyon. 10. Juli 1905.*

Ein 65 jähriger Mann wurde im Zustand der Dyspnoe eingeliefert. Er starb trotz sofort vorgenommener Tracheotomie nach wenigen Augenblicken. Bei der Autopsie fand man die ary-epiglottischen Falten infiltrirt, die Epiglottis war verschwunden, das Larynxinnere so verengt, dass kaum eine Sonde passiren konnte. Der Tumor war nicht über das Larynxinnere hinausgegangen. PAUL RAUGÉ.

66) **Z. v. Lénárt. Totalexstirpation des Larynx wegen Krebs.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1905.*

Kraterförmiges Geschwür bei einem 42jährigen Manne, unter und am rechten Stimmbande. Probeexcion ergab verhorntes Epithelialcarcinom. Am 11. April 1904 nach praevent. Tracheotomie Resection der rechten Larynxhälfte. Wegen Recidive am 5. Januar 1905 Totalexstirpation. Der Pharynx wurde mit Knopfnähten vollständig verschlossen. Verschluss des Trachealstumpfes durch Ausschälen des obersten Trachealringes und Vernähung desselben über der auf diese Art freigelegten Trachea. Der an Stelle des Kehlkopfes entstandene Defect wurde mit einer plastischen Operation geschlossen. Nahrungsaufnahme geschieht ungestört. Krankenvorstellung 6. Mai 1905. v. NAVRATIL.

67) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Bemerkungen zur Thyreotomie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Bezüglich der Indication zur Thyreotomie stellt Autor den Satz auf: „Die Thyreotomie ist jedes Mal dann erforderlich, wenn die Resection des Kehlkopfinnern einen grossen Umfang erreichen muss, wobei es an sich ganz gleichgültig ist, ob das zu entfernende Gewebe maligner oder benigner Natur ist.“ Als Betäubungsmittel empfiehlt Löwe die Schleich'sche Infiltrations-Anästhesie und für das Kehlkopfinnere Cocaïn-Anästhesie. Zur Abdichtung der Zunge hat sich die Trendelenburg'sche Balloncanüle nicht bewährt; die Hahn'sche Pressschwammcanüle ist besser, hat aber auch ihre Fehler. Ausschliesslich weitere technisch-operative und -postoperative Erörterungen. HECHT.

68) **Franz Kuhn** (Kassel). **Perorale Tubage mit und ohne Druck.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Autor erörtert die Vorzüge der peroralen Intubation und pulmonalen Narkose

und bespricht deren Indication: „In allen Fällen blutiger Operationen am Gesichte und insbesondere Mundhöhle, Nase, Rachen, Zunge und Kiefer“ erleichtert sie die Narkose, verhindert Einfliessen von Blut in die Luftwege und verhütet Würgen und Erbrechen. Besonders indicirt ist die perorale Tubage in „Fällen von sogenannter schlechter Narkose oder Pressnarkose“, „bewährt sich ganz besonders im Kampfe gegen die verschiedenen Formen der Asphyxie“ und ist für die sogenannte Ueberdrucknarkose besonders geeignet. Autor empfiehlt diese Narkosenform, bezüglich deren Details er auf seine frühere Arbeiten verweist, auch dem Laryngologen bei schwierigeren Eingriffen im Bereiche der Nase und des Rachens.

HECHT.

69) **Paul Reich** (Berlin). **Intubation mit Celluloidtuben.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 26. 1905.*

Reich empfiehlt Celluloidtuben zur Intubation, die unter den am meisten gebräuchlichen Tuben das geringste Gewicht besitzen, eine spiegelglatte, resistente Politur aufweisen und möglichst weite Lichtung haben. Die an der Universitäts-Kinderklinik in München mittels dieser Tuben angestellten Versuche führten zu befriedigenden Resultaten.

HECHT.

70) **Jakob Skála** (Schüttenhofen). **Primärer Luftröhrenabscess, Luftröhrenschnitt, Heilung.** *Wiener klin. Rundschau. No. 41 u. 42. 1904.*

Bei einem 14 jährigen Mädchen traten vor 8 Tagen plötzlich ohne nachweisbare Ursache Athembeschwerden ein. Da der Larynx normal war, wurde eine Verengung der Trachea angenommen. Nachdem Jodkali scheinbar Erfolg hatte, setzte plötzlich hohes Fieber mit Schüttelfrost ein und es musste wegen hochgradiger Dyspnoe rasch tracheotomirt werden. Im oberen Antheile der Trachea an der hinteren Wand fand sich eine mit einer croupösen Membran bedeckte weiche Geschwulst, nach deren Eröffnung gelber Eiter sich entleerte. Ein Fremdkörper wurde nicht gefunden. Der Autor nimmt einen primären Streptokokkenabscess der Trachea ein.

HANSZEL-CHIARI.

71) **Richard Hoffmann** (Dresden). **Ein Fall von isolirtem primären Carcinom der Trachea.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Der Patient starb bei Beginn der Operation; die Sectionsdiagnose lautet: „Carcinom der Luftröhre, Kropf. Seitliche Zusammendrückung der Luftröhre. Bestehenbleiben der Thymusdrüse. Fettherz. Offenes Foramen ovale. Acute venöse Stauung besonders in den Lungen. Tod durch Erstickung.“ Der „reichlich haselnussgrosse, kleinhöckrige, fast weisse Tumor“ sass breitbasig der rechten Seitenwand der Trachea auf, „reichte vom ersten bis zum vierten Trachealknorpel und füllte die Trachea fast ganz aus“. Mikroskopische Untersuchung ergab Cylinderepithelcarcinom.

HECHT

72) **O. Chiari** (Wien). **Eine Zange zur Exstirpation harter Wucherungen des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 370.*

Beschreibung und Abbildung des von Reiner (Wien) angefertigten Instrumentes.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

73) **Stegmann** (Wien). **Die Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte, Sitzung vom 23. Juni 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1905.*

Ermuthigende Erfolge bei einem Adenocarcinom, Morbus Basedowii und 13 parenchymatösen Strumen.

CHIARI.

74) **A. Flesch** und **M. A. Winternitz** (Budapest). **Ueber die Teratome der Schilddrüse und deren operative Behandlung.** *Orvosi Hetilap. No. 9, Gyermekgyógyászat. No. 1. 1905.*

Mittheilung von zwei Fällen angeborenen Kropfes, bei welchen fremde Formelemente, Knorpel oder andere Gewebe in der Schilddrüse vorgefunden wurden, welche also zu den wirklichen Teratomen gezählt werden müssen:

Fall I. 8 Monate altes Mädchen, hühnereigrosse Geschwulst vorne am Halse, Operation, glatte Heilung. Histologischer Befund: Grösstentheils Gliagewebe, darin viel Fett, Muskelfasern, mit Cylinderepithel ausgekleidete Cysten, Drüsenacini und Hyalinkorpel, alles dies in vielem faserigen hyalinen Bindegewebe eingebettet.

Fall II. 2 Monate altes Mädches, nussgrosse Geschwulst am Halse, Operation, Heilung per primam. Histologischer Befund: Hyalines faseriges Bindegewebe, in welchem stecknadelkopf- bis erbsengrosse hyaline Knorpelinseln eingebettet lagen, hier und da sind auch Schilddrüsenacini eingebettet, welche erweitert und mit Colloid ausgefüllt waren.

v. NAVRATIL-POLYAK.

75) **Charles M. Grandy. Medicamentöse Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen. (Medicinal treatment of affections of the thyreoid gland.)** *N. Y Medical News. 10. Juni 1905.*

Es giebt Schilddrüsen mit excessiver und solche mit geringer Secretion; beide können in der Regel durch den Puls unterschieden werden. Sind die Symptome nicht zu dringend, so soll man Schilddrüsenextract und Jod bei der letztgenannten Form, Ruhe und Blut thyreoidectomirter Thiere bei der ersten gebrauchen. Sind die Symptome dringender, so trete die chirurgische Behandlung in ihre Rechte.

LEFFERTS.

76) **Arthur R. Elliot. Fall von Morbus Basedow mit ungewöhnlichen Nebenerscheinungen. (Case of ophthalmic goitre with unusual associated symptoms.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1905.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Patienten, der an Morbus Basedow, Diabetes, Nephritis, Mitralisinsufficienz und Rhinitis litt. Es wird versucht, einem möglicherweise bestehenden Zusammenhang zwischen diesen verschiedenen Krankheiten nachzugehen.

LEFFERTS.

77) **Alfred Alexander** (Berlin). **Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin Möbius.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1905.*

Bericht über drei mit diesem Mittel erfolgreich behandelte Fälle und anschliessend epikritisch-therapeutische Bemerkungen.

HECHT.

78) **Robert Abbe. Morbus Basedow durch Radium gebessert. (Exophthalmic goitre reduced by radium.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

In die Struma wurde eine Oeffnung gemacht und in diese eine Radium enthaltende Tube eingelegt und dort 24 Stunden lang belassen. Nach Verlauf von vier Monaten war noch ein gewisser Grad von Tachykardie vorhanden; der Tumor war auf den sechsten Theil seiner einstigen Grösse reducirt. Verf. erörtert, ob der Erfolg auf Reduction des überschüssigen Gewebes oder durch einen Einfluss auf die Sympathicusganglien zurückzuführen sei.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

79) **De Witt Stetten. Die Sauerbruch'schen Versuche auf dem Gebiete der Speiseröhrenchirurgie. (The experiments of Sauerbruch in the field of oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Juni 1905.*

Verf. hat während eines halbjährigen Aufenthaltes in Breslau Gelegenheit gehabt, Sauerbruch bei seinen Versuchen mit dem pneumatischen Cabinet zu assistiren. Verf. hält den directen practischen Werth dieser Methode für gering, denn die Indicationen zu ihrer Anwendung sind sehr beschränkt, jedoch zeigen die Experimente, was bei Benutzung des pneumatischen Cabinets gemacht werden kann und die bisher gesammelten Erfahrungen eröffnen unendliche Möglichkeiten auf dem Gebiet der Chirurgie der Lungen, Pleura, des Mediastinum und des Diaphragma.

LEFFERTS.

80) **John A. Wyeth. Oesophagotomie zur Entfernung falscher Zähne. (Esophagotomie for the removal of false teeth.)** *The Journal of the American Medical Association. 1. Juli 1905.*

Die Operation, deren ausführliche Beschreibung Verf. giebt, wurde 6 Wochen nach dem Verschlucken des Fremdkörpers ausgeführt.

EMIL MAYER.

81) **J. Bravo** (Madrid). **Ein Beitrag zum Studium der äusseren Oesophagotomie. (Un dato para el astudio de la esofagotomia externa.)** *Revist. Escola de Medicin. y Cirug. December 1903.*

Verf. führte die genannte Oesophagotomie bei einem 4jährigen Knaben aus, der ein 5 Centimes Kupfergeldstück verkschluckt hatte. Die Münze wurde in der Höhe des V. und VI. Halswirbels gefunden. Nach dem 20. Tage erfolgte vollständige Heilung.

R. BOTEY.

82) **Desider v. Navratil. Ueber die operative Heilung der ösophago-trachealen Fisteln. Eine neue Oesophagusnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 10, 11, 12. 1905.*

Verf. experimentirte an Hunden; er legte ösophago-tracheale Fisteln an und versuchte sie mittelst Nähten zu schliessen. Die Experimente waren mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden, da bei denselben Bronchopneumonie nur schwer zu vermeiden ist. Er führte bei einem Hunde eine Tracheofission aus, tamponirte nach oben die Trachea mit trockener Jodoformgaze und legte nach unten eine Canüle ein, nachher schritt er erst zur Anlegung der Fistel. Er versuchte sie zuerst mit einer Knopfnaht zu schliessen und dann die Oesophaguswunde mit

einer Tabaksbeutelnaht; kein Erfolg. Bei einem anderen Hunde vereinigte er zuerst die Oesophaguswunde mit einer Tabaksbeutelnaht, welche submucös geführt wurde, über dieselbe eine fortlaufende Muskelnaht; Heilung per primam. Später construirte Verf. einen Kautschukknopf, welcher die Communication zwischen Trachea und Oesophagus verhinderte; er schloss den Oesophagus mit erwähnter Naht, vereinigte auch die Trachealwunde; Heilung theils per primam, theils per granulationem. Ideale Resultate erzielte er, als er zwischen die beiden Nähte die Schilddrüse einklemmte.

E. v. NAVRATIL.

83) **Hermann Zahn** (Halle a. S.). **Ein Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1905.*

36jährige verheirathete Arbeiterin mit Stenoseerscheinungen im Oesophagus und ständigem Erbrechen des Genossenen. Bei Sondirung des Magens stösst man bei 39—40 cm auf einen Widerstand, den selbst dünne Sonden nicht passiren können. Gastrostomie, Exitus. Die Section ergab eine der Zwischenwirbelscheibe zwischen 8. und 9. Brustwirbel aufsitzende Geschwulst, eine $1^3/_4$ cm hohe und 1 cm breite Ecchondrose, die zu einer Abknickung der Speiseröhre und einer diffusen Erweiterung derselben — 23 cm lang vom unteren Rande des Ringknorpels ab gemessen — führte.

HECHT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi. Die Nebenhöhlen der Nase.** Wien 1905. Alfred Hölder.

Die so ausserordentlich mannigfachen und zahlreichen Variationen, die uns die Anatomie der Nebenhöhlen der Nase darbietet, liessen es den Specialisten schon lange als ein Bedürfniss erscheinen, eine zusammenfassende Darstellung dieser anatomischen Verhältnisse zu besitzen, die bei der gegenwärtigen Ausbildung der Chirurgie dieser Theile in gleicher Weise praktisches wie theoretisches Interesse besitzen.

Der Herausgabe eines solchen Werkes standen aber zwei wesentliche Hindernisse entgegen; einmal war es ausserordentlich schwierig das anatomische Material in nur einigermaassen genügender Reichhaltigkeit zu beschaffen und zweitens bildeten die hohen Kosten, die die Herstellung der überaus zahlreichen Abbildungen verursachten und der dadurch bedingte hohe Preis des Werkes eine schwer zu überwindende Schwierigkeit.

Es ist Onodi gelungen in vieljähriger Arbeit, für die die zahlreichen im Laufe der Jahre erschienenen Einzelstudien Zeugniss ablegen, das ihm erforderlich scheinende Material zusammenzutragen mit einer derartigen Vollständigkeit, dass alle Abbildungen lediglich nach eigenen Präparaten gefertigt werden und von jeder Zuhülfenahme fremder Abbildungen gänzlich abgesehen werden konnte. An der Beseitigung der zweiten Schwierigkeit betheiligte sich die Königl. ungarische Akademie der Wissenschaften, deren Unterstützung es ermöglicht hat, das umfangreiche Bilderwerk zu drucken und für den niedrigen Preis von nur 20 Mark in den Handel zu bringen.

Das Werk besteht aus den Abbildungen von 124 anatomischen Präparaten nebst dazu gehöriger kurzer Beschreibung; die meisten Bilder sind in Zincographie nach Photographien dargestellt, bei einigen wenigen ist Holzschnitt gewählt worden.

Die Abbildungen sind sämmtlich in natürlicher Grösse dargestellt. Zuerst stellt Onodi die Verhältnisse der Nebenhöhlen und ihrer Ausführungsgänge zueinander und zu den Nachbargebilden (Nasenhöhle, Auge, Gehirn etc. etc.) auf 57 Sagittalschnitten dar, die er in den verschiedensten Ebenen geführt hat; besonders zahlreich sind die Präparate, welche die Lage der Stirnhöhle und der neben ihr gelegenen Zellen des vorderen Siebbeinlabyrinthes — der Frontal- und der Orbitalzellen — demonstriren. Es folgen dann 31 Frontalschnitte, sodann 13 Horizontalschnitte, für die O. den nicht ganz üblichen und wohl auch nicht gleich verständlichen Ausdruck Querschnitte gebraucht; dann folgt eine Tafel, auf der die Nebenhöhlen am trockenen Schädel sämmtlich geöffnet erscheinen. Auf den folgenden Tafeln sind die Nebenhöhlen nach der von Killian angegebenen Methode der Härtung der Nebenhöhlenschleimhaut durch Injection von 10proc. Formollösung und Abtragung der Knochenschale dargestellt, es folgen dann einige Röntgenaufnahmen, darunter zwei mit Einführung von Metallsonden in die Stirnhöhle des Lebenden und zuletzt auf 8 Tafeln eine kurze Darstellung der üblichen Operationen.

Besonderes Gewicht ist auf die genauen Grössenmaasse der einzelnen Höhlen gelegt, bei den meisten Präparaten finden sich ausführliche, dieselben betreffende Angaben, ferner auf die Darstellung der Siebbeinzellen, auf das Vorkommen und die Lage der „Muschelzellen", die O. auch in der oberen Muschel beobachtet hat, auf die Lage des Sehnerven zu den Nebenhöhlen etc. etc.

Einige Bilder sind etwas schwierig zu verstehen und bedürfen sorgfältigen Studiums.

Die Ausstattung des Werkes entspricht dem Rufe der rühmlichst bekannten Verlagshandlung.

P. Heymann.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XIII. Versammlung in Arnheim, 28. April 1905.

(Der ausführliche Sitzungsbericht erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

Vorsitzender: Moll, später Zwaardemaker.

Nach einem tiefgefühlten Nachruf an die verstorbenen Mitglieder Prof. Guye und Docent Brondgeest, erinnert Herr Moll an die unvergesslichen Tage der Garcia-Feier und sagt herzlichen Dank der Laryngological Society of London für den unseren Delegirten bereiteten trefflichen Empfang.

In Sachen der Stellung unserer Specialität auf internationalen medicinischen Congressen spricht sich die Versammlung einstimmig dahin aus, dass sie sich mit zwei selbstständigen Sectionen (Otologie, Laryngologie), gleichfalls mit einer com-

binirten Section (Abtheilung für Otologie, Abtheilung für Laryngologie) einverstanden erklären könne, jede Combination mit der Stomatologie aber ablehnt.

I. H. J. L. Struycken und F. H. Quix: Die Bestimmung der Hörschärfe für Knochenleitung.

II. H. Burger (Amsterdam): Die staatliche Enquête nach der Häufigkeit der adenoiden Wucherungen bei Schulkindern (Rapport).

Die von der Niederländischen Regierung Ende 1903 veranlasste und den Lehrern aufgetragene Erhebung nach der Häufigkeit der adenoiden Wucherungen in den Schulen, hat ergeben, dass unter 800000 Schulkindern 6 pCt. die äusseren Zeichen der adenoiden Vegetationen aufwiesen.

B. bespricht ausführlich die Art und Weise, in welcher eine Adenoid-Statistik gemacht werden soll. Als Grundlage kann die Digitaluntersuchung, besser aber die Rhinoscopia anterior et posterior dienen. Elf sämmtlich auf örtlicher Untersuchung beruhende, zusammen 13283 Kinder umfassende Statistiken ergaben eine Adenoidfrequenz von 30,2 pCt.

Bloss auf äussere Merkmale sich stützende 8 Erhebungen ergaben zusammen 6 pCt.

Ausführlich bespricht B. den Werth der äusserlichen Adenoidsymptome. Als Grundlage einer Statistik sind dieselben durchaus ungenügend. Indessen hat die staatliche Enquête den erfreulichen Erfolg bereits gehabt, dass in breiten Lehrer- und Laienkreisen ein reges Interesse für die schädlichen Folgen der adenoiden Vegetationen wachgerufen worden ist.

Discussion:

Struycken fragt, ob in den verschiedenen Statistiken zwischen Entzündung des adenoiden Gewebes und einfacher Hyperplasie der Pharynxtonsille unterschieden worden ist.

Zaalberg hat zusammen mit Herrn ten Cate eine Schuluntersuchung in Amsterdam gemacht. Dieselbe umfasst die 500 Schüler einer Volksschule. Von den Knaben waren 32 pCt., von den Mädchen 34 pCt. mit Adenoiden behaftet. Von den 67 guten Schülern (Knaben) hatten 14 pCt. Adenoiden schweren Grades, von den mässigen Schülern 17 pCt., von den schlechten Schülern 21 pCt. Aehnliches bei den Mädchen: von den guten Schülerinnen hatten 4,3, von den mässigen 14,5, von den schlechten 24,5 pCt. Adenoiden schweren Grades.

van Dam van Isselt vertheidigt die Bedeutung der Lehrer-Statistik.

ter Kuile fragt, bei wie vielen der gefundenen 30 pCt. Adenoiden die Operation angezeigt gewesen.

Posthumus Meyjes meint, es soll zwischen Hyperplasie der Pharynxtonsille und adenoiden Vegetationen unterschieden werden. Den leichtesten Grad der vom Referenten angenommenen drei Grade von Adenoiden, wo bei der Rhinoscopia posterior die Geschwulst bis zu den Choanalbogen reicht, betrachtet er nicht mehr als pathologisch.

Burger antwortet, dass nahezu alle späteren Autoren adenoide Vegetationen mit Hyperplasie der Rachentonsille vollständig identificiren. Der leich-

teste Grad, wo bei der Rhinoscopia posterior die Rachenmandel bis an den oberen Choanenrand reicht, soll ganz sicher als pathologisch betrachtet werden. Bei dieser Untersuchung, wo man gleichsam an der Geschwulst entlang schaut, scheint dieselbe viel kleiner als sie wirklich ist. Dann wendet er sich ausführlich gegen die Einwände des Herrn van Dam van Isselt.

Moll stimmt dem Referenten durchaus bei, dass im Allgemeinen die Diagnose ohne locale Untersuchung unmöglich ist.

III. J. C. Henkes (Amsterdam): Vorstellung eines Patienten mit Keratosis laryngis circumscripta.

Ein 13 jähr. Mädchen kommt wegen Heiserkeit in Behandlung. Die Heiserkeit hat sich seit dem 6. Jahre allmälig ausgebildet. An den Schleimhäuten finden sich leichtgelbe Wucherungen, welche von beiden Seiten theilweise ineinander greifen. Ausserdem leidet Patientin an Psoriasis universalis.

IV. Th. E. ter Kuile (Enschede): Demonstration von Spiegeln zur Endolaryngoskopie.

Ausser dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel benutzt E. K. zur Besichtigung der hinteren Wand einen zweiten Spiegel, der in den cocainisirten Larynx eingeführt wird.

V. A. C. H. Moll (Arnheim): Ueber methodische Hörübungen bei Taubheit.

VI. H. F. Minkema (Utrecht): Ueber den Gebrauch von Wörtern mit Doppelvocalen bei der Hörschärfebestimmung.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden): Fremdkörper in der Nase eines Patienten mit tertiärer Lues.

In Folge tertiärer Lues ist die Nasenscheidewand vollständig, der knöcherne Gaumen theilweise destruirt worden. K. entfernt aus der Nase eine in fötider Materie eingebettete Gummi-Prothese, welche zur Abschliessung des Gaumendefectes gedient hat, welche aber 1881 vermisst worden und somit 24 Jahre lang in der Nase verweilt hat. H. Burger.

---

c) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

33. Sitzung vom 22. Februar 1905.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Jörgen Möller: Demonstration von Dr. Beck's Compressed-Air-Healer.

Der betreffende Apparat, der zur Heissluftbehandlung dient, ist sehr handlich: der Luftstrom passirt über eine kleine, längliche, von einem Metallmantel umgebene Glühlampe, welche mittelst einer Vorschaltlampe mit dem Strassenstrom in directe Verbindung gesetzt wird.

II. Jörgen Möller: Ein Fall von Prolapsus ventriculi laryngis.

Wird später in extenso veröffentlicht.

III. Wald. Klein: Grosser Kehlkopftumor ohne wesentliche subjective Beschwerden.

Von der hinteren Hälfte des rechten Ventriculus Morgagni ragt eine bohnengrosse, glatte, röthliche Geschwulst hervor, welche die Stimmritze fast verdeckt; sie ist etwas plattgedrückt und bewegt sich bei kräftiger Respiration um seine Längsachse, so dass sie etwas mehr Raum gewährt. Das Aussehen ist zunächst das eines weichen Fibroms.

Kiär, Bentzen, Möller und Nörregaard halten die Diagnose Cancer für ganz unzweifelhaft, indem bedeutende Infiltration der ganzen rechten Kehlkopfhälfte besteht, ferner ausgesprochenes entzündliches Aussehen und Immobilisation der rechten Stimmlippe.

IV. Sophus Bentzen: Fall von syphilitischer Verwachsung des weichen Gaumens mit der Schlundwand.

Der Rand des Gaumensegels war mit der Schlundwand fast überall verwachsen. Der Patient, der vor 19 Jahren Syphilis gehabt, hatte von der Verwachsung keine Ahnung.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

34. Sitzung vom 29. März 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Einige Fälle von seltenen Rachenleiden.

A. Zwei Fälle von primärem Krebs des Nasenrachenraumes.

1) Ein 43jähriger Mann mit linksseitiger Abducensparalyse und anfallsweisen Kopfschmerzen bot Zeichen eines Keilbeinhöhlenleidens dar, weshalb die Vorderwand der Höhle resecirt wurde. Kurz nachher am Rachendach eine geschwürige Neubildung und Drüsenschwellungen; Syphilis ausgeschlossen. 2) Bei einem 27jährigen Mann wurde wegen linksseitiger Schwerhörigkeit eine Schwellung am hinteren Ende der linken unteren Muschel abgetragen; ein halbes Jahr nachher linksseitige Kopfschmerzen und beschränkte Beweglichkeit des linken Kiefergelenks. Im Nasenrachenraume fand man eine Geschwulst, die sich mikroskopisch als ein Carcinom zeigte.

B. Spindelzellen-Sarkom im Rachen. — Operation. — Heilung.

Die hühnereigrosse, breit aufsitzende Geschwulst wurde im Juni 1903 mittelst Glühschlinge entfernt. Kein Recidiv. Patient wurde vorgestellt.

C. Multiple Lymphosarkome im Schlunde.

Bei einer 68jährigen Wittwe beträchtliche Schlingbeschwerden, die Gaumenmandeln beträchtlich vergrössert, ausserdem war der Schlund von ähnlichen Geschwülsten ausgefüllt, welche theils vom Zungengrunde, theils von den Seiten-

wänden ausgingen; grosse Drüsenschwellungen am Halse. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Gaumenmandeln gab als wahrscheinliche Diagnose Lymphoma malignum. Nach Einspritzungen von kakodylsaurem Natrium Besserung, es trat aber eine Arsendermatose auf; alsdann wurde Röntgenbehandlung instituirt und zwar mit glänzendem Erfolge.

Discussion: Jörgen Möller, Schmiegelow, Grönbech.

II. K. Nörregaard: Demonstration eines Patienten mit Syphilis nasi, palati et proc. alveolaris.

III. Grönbech: Demonstration eines Patienten mit acuter Laryngitis und Retropharyngealabscess.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

35. Sitzung vom 29. April 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Grönbech las ein Dankschreiben von Manuel Garcia vor.

Uebrigens nur otologische Mittheilungen. Jörgen Möller.

---

d) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Kahler.

1. Glas stellt einen 25jährigen Patienten mit Angina ulcero-membranacea (Plaut-Bernheim-Vincent) vor.

In der Discussion erwähnt Heindl, dass er einen ähnlichen Fall sah, in dem jedoch nur Streptotrichaeen gefunden wurden; Weil verweist auf eine Arbeit von Uffenheimer, dem es gelungen ist, den Bacillus fusiformis in sterilem menschlichen Speichel zu züchten.

2. Glas demonstrirt histologische Präparate von einem Adenom der Uvula und von Russel'schen Körperchen in einem Nasenpolypen, welches Vorkommen Roth gleichfalls hier und da in hypertrophischer Nasenschleimhaut gesehen hat.

Sitzung vom 1. Februar 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Kahler.

Kahler stellt einen Patienten mit doppelseitiger Tonsillarsklerose vor.

Kofler demonstrirt einen Fall von Staphylitis acuta mit Membranbildung, in welchem die Uvula bis zu 6 cm und auf Daumendicke vergrössert war. Aetiologisch glaubt K. an Influenza.

Discussion: Roth möchte Diphtherie nicht ausschliessen, wogegen nach Chiari der Verlauf spricht (in dem Belage liessen sich keine Diphtheriebacillen nachweisen).

Stein stellt einen 29jährigen Mann mit einer angeborenen diaphragmaartigen Membran im Nasenrachenraum vor. Die Membran dacht vom Fornix pharyngis in den Nasopharynx ab, liegt also hinter der Choane, auch den Tubenwulst grösstentheils deckend. Die einzigen Beschwerden des Patienten beziehen sich auf das verminderte Hörvermögen.

Sitzung vom 1. März 1905

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Glas,

1. Harmer: Erysipel des Pharynx und Larynx.

Für die Diagnose waren maassgebend die ödematöse Schwellung, intensive Röthung, scharfe Abgrenzung und das Wandern des Processes, der sich im Anschlusse an eine Nasenoperation entwickelte.

Discussion:

Roth spricht über die Schwierigkeit einer Trennung zwischen Erysipel und Phlegmone.

Heindl beobachtete, dass die postoperativen Erysipele meist nach dem typischen Bilde verlaufen, während diejenigen in Folge anderer Entstehungsursachen eine ungünstige Prognose geben. Auch komme die Widerstandskraft des Patienten sehr in Betracht.

Fein spricht über die Differenzirung von Erysipel und Phlegmone in klinischer Hinsicht.

2. Harmer: Carcinom der rechten Stirnhöhle.

In diesem Falle dürfte das Carcinom von der Schleimhaut der Stirnhöhle ausgegangen sein und war vielleicht ein vorhergegangenes Trauma ätiologisch von Bedeutung.

3. Hanszel spricht über einen Fall von Zungentuberculose, den er 10 Jahre lang beobachtet. Im Anschlusse an eine Influenza schwoll die Zunge des 85jährigen Patienten bedeutend an und wurde der seit Jahren chronisch verlaufende Process florid. H. will später Sonnenbestrahlung anwenden.

4. Glas demonstrirt einen Fremdkörper, der aus dem linken Sinus piriformis von Harmer mittelst Oesophagoskopie entfernt wurde, sowie einen zweiten Fremdkörper (Kerzenbehälter), den er mittelst Larynx-Pincette aus der Trachea (2. Ring) eines 12jährigen Mädchens entfernt hatte.

5. Heindl stellt einen Fall von Rhinosklerom der Nase und des Nasenrachens vor, in dem ein grosses Erysipel vorübergehende Besserung verursachte. Wegen Aspiration der Nasenflügel wandte H. Weichparaffininjectionen an, die vollen Erfolg hatten.



Sitzung vom 5. April 1905.

Vorsitzender: Roth.
Schriftführer: Marschik.

Menzel demonstrirt einen Fall von doppelseitigem membranösen Verschluss der beiden vorderen Nasenöffnungen.

41jähriger Mann mit Sattelnase, der seit der Geburt „Mundathmer" ist und keine Veränderungen der Schleimhaut des Mundes, Rachens und Nasenrachenraumes aufweist. Die Synechie ist beiderseits 17 mm vom Introitus gelegen.

Discussion:

Harmer sah einen Fall von angeborenen knöchernem vollständigen Verschluss des Nasenrachenraumes.

Roth findet den vorgestellten Fall interessant in Bezug auf die Localisation des Verschlusses (Verwachsung auf pathologischer Grundlage in einem späteren Stadium der embryonalen Entwickelung), ferner in Hinsicht darauf, dass keine Schleimansammlung im Nasenrachenraum besteht, und schliesslich deswegen, weil in diesem Falle ein hoher, schmaler Gaumen ohne Leptoprosopie sich findet, was die Körner-Waldow'sche Theorie stützt.

Zu diesem Falle sprechen noch Weil und Fein gegen die Annahme der congenitalen Entstehung.

Heindl stellt einen Fall von Narbenbildung im Rachen vor, die von der Patientin auf einen im 5. Lebensjahre überstandenen Typhus, bei dessen Behandlung starke Aetzmittel in Anwendung kamen, zurückgeführt wurde.

Chiari erstattet Bericht über seine Anwesenheit bei der Garciafeier in London (Beifall).

Menzel demonstrirt ein anatomisches Stirnhöhlen-Präparat, wobei eine Stirnhöhle überaus gross ist und von der einen Incisura supraorbitalis bis zur anderen reicht und jene topographische Lage einnimmt, welche gewöhnlich beiden Stirnhöhlen zusammengenommen entspricht.

Discussion: Koschier und Hajek sprechen über ihre Beobachtungen von Asymmetrien der Stirnhöhlen.

Kahler demonstrirt eine Patientin mit Rhinosklerom, die mit Radium behandelt wurde.

Discussion: Grossmann spricht über seine Erfahrungen mit Radiumbestrahlung bei Kehlkopf- und Lungentuberculose, die bisher keine Erfolge hatte.

Fein zeigt ein Präparat eines Leiomyom vom hinteren Gaumenbogen.

Discussion: Glas verweist auf die Publication von E. Blanc und seine Fälle. Chiari erwähnt einen Fall von v. Schrötter, der ein Rhabdomyom, das unter den Stimmbändern sass, beschrieb.

Ruttin demonstrirt einen nach seiner Angabe hergestellten Schlingenschnürer, der geschlossen in die Nasenhöhle eingeführt, daselbst zu jeder Grösse geöffnet werden kann, und sich, geschlossen eingeführt, beim Oeffnen von selbst nach der Richtung abgebogen einstellt, die man vor der Operation bestimmt hat.

Das Instrument hat F. Eckard, Instrumentenmacher, Wien IX, Beethovengasse 4, hergestellt.

Sitzung vom 7. Juni 1905.

Kofler stellt einen Patienten vor, bei welchem es in Folge Caries einer oberen Schneidezahnwurzel unter anderem zur Perforation in den unteren Nasengang kam. Gleichzeitig bestand auch Abscessbildung des knorpeligen und knöchernen Septums.

Hajek spricht über einen Fall seiner Praxis, bei welchem eine eitrige Mittelohrentzündung durch die aus der Tuba in die Nasenhöhle hineingeflossene Eitermenge eine regelrechte Naseneiterung vortäuschen konnte. Erst nach mehrmaliger exacter Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die ganze Eitermenge, die sich in der Nase und dem Nasenrachen vorfand, aus der Tuba Eustachii kam. Nach der Radicaloperation hörte die Eiterung vollständig auf.

Chiari-Hanszel.

---

e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. September 1905.

Katzenstein und du Bois-Reymond: Stimmphysiologische Untersuchungen.

K. und R. haben den bekannten Versuch Johannes Müller's mittels eines Gebläses am ausgeschnittenen Kehlkopfe Töne zu erzeugen, in etwas modificirter Anwendung auf das lebende Thier (Hund) übertragen.

Wurde der Kehlkopf, ohne dass die Nerven gereizt wurden, unter 20 cm Wasserdruck angeblasen, so hörte man ein Schwirren ohne Tonbildung; es fand also, trotzdem das Thier wach war, keine reflectorische Innervation des Kehlkopfes statt. Wurde dagegen während der Exspiration angeblasen, so kam öfters ein Ton zu Stande.

Wurden während des Anblasens (30—40 cm Wasser) beide Recurrentes gereizt, so wurden tiefe Singtöne producirt, die beinahe wie ein gesungenes a klangen, sowohl bei Druck als auch bei Einführung der Stromstärke erhöhte sich der Ton fast um eine Quint. Bei einseitiger Recurrensreizung trat nur Schwirren auf.

Wurden während des Blasens beide Recurrentes und im Anschluss daran die Nn. lar. sup. gereizt, so schloss sich an den Recurrenston ein um etwa eine Quart höherer Ton an.

Beim Anblasen und gleichzeitiger doppelseitiger Recurrensreizung treten die Aryknorpel übereinander. Die Stimmbänder schliessen nicht ganz und während des unvollkommenen Schlusses tritt die Tonbildung ein; andere Male treten die Stimmbänder aneinander und der Ton tritt merkbar später auf. Werden ausser den Recurrentes die Laryng. sup. gereizt, so spannen sich die Stimmbänder etwas in dorsoventraler Richtung.

Werden während des Blasens die Superiores allein gereizt, so wird ein sog. hoher pfeifender Ton („Miefen“) erzeugt — vielleicht eine Analogie zum Falset.

Die so erhaltenen Resultate wurden am ausgeschnittenen Kehlkopfe controlirt. Er wurde an einem Stativ aufgehängt und angeblasen.

Bei einfachem Anblasen wurde kein Ton erzeugt, bei einem Druck von 15 bis 20 cm trat oft ein Schwirren auf, das aber von den Taschenbändern erzeugt wurde; wurde dabei der Kehlkopf durch Zug mit einem Häkchen längsgespannt, so trat „Miefen" auf; bei beiderseitigem Zusammendrücken des Kehlkopfes ein Ton wie bei Reizung beider Recurrentes. Bei gleichzeitiger Längsspannung und Zusammendrücken trat ein Ton auf wie bei Reizung der Lar. inf. und sup. Bei dieser Art der Tonerzeugung blähte sich jedesmal der Ventriculus Morgagni auf; er ist daher vielleicht ein Resonanzorgan.

E. Meyer fragt, ob die Ventrikelaufblähung auch am lebenden Hunde zu sehen ist; er hält nach seinen anatomischen Untersuchungen den Ventrikel nicht für ein Resonanzorgan.

B. Fränkel fragt, ob der Appendix aufgebläht wurde; er ist kein resonirendes Organ und Johannes Müller sprach auch nur von dem Ventrikel.

Kuttner: Da bei Reizung aller 4 Nerven die Spannung eine höhere sei, müsse der höhere Ton bei Reizung der Laryng. sup. allein seine Erklärung in anderen Schwingungsbedingungen finden, die eben durch den Superior hervorgerufen sein müssten.

Katzenstein: Nicht der Appendix bläht sich auf, sondern der Ventrikel. Beim lebenden Hunde glaubt er diese Aufblähung gefühlt (nicht gesehen) zu haben. Der Recurrenston ist ein Brustton, der bei gleichzeitiger Reizung der Superiores in die Höhe geht. Werden diese allein gereizt, so tritt eine Action der Cricothyreoidei ein, die Stimmbänder klaffen und es schwingt nur ein feiner Saum ihres freien Theils — es entsteht ein Falsetton.

E. Meyer demonstrirt eine breite mit anhaftendem Fleisch versehene Sehne, die er einem Patienten aus dem rechten Sinus piriformis entfernt hat und die Tags zuvor stecken geblieben war und neben Schluck- auch Athemstörungen hervorgerufen hatte, da sie den Kehlkopfeingang überlagerte. A. Rosenberg.

---

f) Deutsche laryngologische Gesellschaft.

I. Versammlung. Pfingsten 1905.

Unter dem Vorsitz von Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) erledigte die Gesellschaft nach Ueberwindung der Collisionsmöglichkeiten zwischen den bisher bestehenden Gesellschaften und der neugegründeten die definitive Gestaltung der Satzungen und der Geschäftsordnung. Die Gesellschaft wird alle zwei Jahre tagen und jedes Mal im Herbst, im Anschluss an die Naturforscherversammlung. Es traten ihr über 200 Mitglieder bei. Auch ausserdeutsche Laryngologen können Mitglieder werden.

Wissenschaftliche Vorträge.

I. B. Fränkel (Berlin): Die Zukunft der Laryngologie.

Die Laryngologie soll als Princip nicht mit der Otiatrie vereinigt werden. (Ausführlich veröffentlicht im Internationalen Centralblatt 1905.)

II. Barth (Leipzig): Petition an das sächsische Kultusministerium.

B. bespricht die ihm nothwendig erscheinenden Maassregeln, um zu verhüten, dass die laryngologischen Kliniken der Universität nicht an ihrem Unter-

richtsmaterial durch Abgabe der Patienten an die Tuberculose-Pflegestätten geschädigt würden.

Discussion: Koch (Schöneberg) vertheidigt die laryngologische Thätigkeit der Lungenheilstätten.

Die Beschlussfassung über die Petition wird der nächsten Versammlung vorbehalten.

III. Th. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie.

Vorstellung von Patienten, die nach Totalexstirpation des Kehlkopfes in Folge Krebses oder schwerer Tuberculose geheilt geblieben sind. Besprechung und Demonstration der speciell vom Vortragenden ausgebildeten Operationsmethoden.

IV. Hermann Gutzmann (Berlin): Sprachphysiologische Bemerkungen zu Gluck's Vortrag.

Um das störende Athemgeräusch der Canüle an der Luftröhre zu vermeiden, soll die Lungenathmung bei Sprechversuchen ausgeschaltet werden und zuerst nur die Rachenluft dazu benutzt werden. Uebungen im Luftverschlucken und die Verwendung derselben bei der Pseudostimme. Trennung der altgewohnten Coordination zwischen Athmung und Articulation.

V. Gerber (Königsberg): Encephalitis et otitis grippalis acuta.

Multiple Hirnnervenlähmung nach einer Influenza, totale Lähmung der rechten Gesichtshälfte, Recurrensparese rechts, Aufhebung des Geschmacks an der rechten Zungenspitze mit fibrillärem Zittern und Atrophie des Kopfnickers, Schwindel. Keine periphere, sondern encephalitische Erkrankung.

VI. Hermann Gutzmann (Berlin): Ueber die spastischen Stimmstörungen und ihre Behandlung.

Verwandtschaft der Aphonia spastica mit dem Stottern beweisen die Erscheinung der Athmungsstörungen, welche mit dem Gürtelpneumographen untersucht werden sollten. Betheiligung des Zwerchfellspasmus bei der Ausathmung, den G. niemals vermisst hat. Die Exspiration verläuft vorläufig unruhig und ist durch Inspirationsbewegung unterbrochen. Die Inspiration geschieht mit perverser Action der Stimmlippen. Behandlung mit Athmungscorrectur. Einübung der Stimme vom Hauchen zum Flüstern, vom Flüstern zur lauten Stimme mit allmähligem leisen Vocaleinsatz. Die Ursache der Aphonia spastica ist im falschen Gebrauch der Berufsstimme zu suchen.

VII. A. Kuttner (Berlin): Ist die Kehlkopftuberculose als Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?

(Ausführliche Publikation: Berl. klin. Wochenschr. 1905. No. 29 u. 30.)

Diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine schlechte Prognose für Mutter und Kind, von 100 Frauen kamen nur 7 mit dem Leben davon, von 70 Kindern wurden nur 12 über 1 Jahr alt. Tuberculöse Larynxtumoren (Typus Avellis) geben eine gute Prognose. Die Anwendung der endolaryngealen Behandlung ist ohne Einfluss; mit der Tracheotomie ist nicht

zu lange zu zögern. Im Princip ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft gerechtfertigt, am besten in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, in der zweiten Hälfte sind nur ungünstige Resultate erzielt worden.

Dasselbe Thema wird auf der nächsten Versammlung noch einmal erörtert werden, zu der Kuttner und Löhnberg das Referat übertragen worden ist.

Avellis (Frankfurt a. M.).

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Anfangs October wurde die neuerbaute oto-laryngologische Klinik des städtischen Hospitals (Communehospital) zu Kopenhagen eröffnet. Die Klinik besteht aus sehr schön ausgestatteten und grossen poliklinischen Räumen, an welche sich eine stationäre Klinik mit Operationszimmer, Sterilisationsräumen etc. anschliesst.

Der Vorsteher dieser mustergiltigen Klinik, die erste ihrer Art in Kopenhagen, ist Professor Dr. Holger Mygind. E. S.

In Würzburg ist eine Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Halskranke errichtet und unser werther Mitarbeiter, Prof. Dr. Seifert, zum Vorstand derselben ernannt worden.

Am University College Hospital in London ist endlich die Stellung des Vorstandes der Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten einem Specialisten, unserem geschätzten Collegen, Dr. Herbert Tilley, übertragen worden. — Bisher wurde diese Stellung von den jüngeren Chirurgen des Hospitals in Rotation eingenommen. — Es sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, dass am King's College Hospital in London Dr. St. Clair Thomson und am London Hospital die Herren Lambert Lack und Hunter Tod seit einiger Zeit die Halsdepartements leiten.

Unserem werthen Mitarbeiter, Dr. A. Kuttner (Berlin), ist das Prädikat als Professor verliehen worden.

Dem Collegen Dr. Tornwaldt in Danzig ist der Charakter als Geheimer Sanitätsrath verliehen worden.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist der Stern der Comthure des englischen Victoriaordens verliehen worden.

Namen-Register.*)

A.

Aaser **171.**
Abbe 532.
Abeles **202.**
Abercrombie **188.**
Abrams, Alb., **200.**
Adriani, P., **202.**
d'Ajutolo 460.
Alberts, J. E., **425**, **519.**
Alexander, A., 194, **393**, **402.**
Alexander, Alfr., **531.**
Alexander, H., **347.**
Alsberg **384.**
Alt **70**, **160.**
Alter **522**,
Althaus **66.**
Andrew 5.
Anzinger, F. P., **119.**
Appel 158.
Aramian **439.**
Ard, J. C., **99.**
Argullós, J., **64.**
Armand **331**, **343.**
Armstrong **437.**
Aronsohn **443.**
Arslan **175.**
Asch 206.
Aschman **484.**
Ashmead, A. S., **129.**
d'Astros **305.**
Atherton **268.**
Aubaret **430.**
Auché **210.**
Augier **19.**
Avellis 72, **74**, 428, 451, **453**, 461.
Avery 285.
Awdejew **170.**
Awcoog **408.**
Axmann **117.**
Ayello **221.**

B.

Baart 482.
Babes, Creswell 230, **359**, 363, 496.
Babington 285.
Bailey **109.**
Bainbridge, Wm. S., **257.**
Balacescu **28.**
Ball **193.**
Ballenger **522.**
Ballowitz **372.**
Balp **221**, **447.**
Bar **228.**
Baratoux 58.
Bargebuhr **216.**
Barjou **28.**
Bark **187**, **188.**
Barker, L. B., **448.**
Barbier-Bourel **26**, 266.
Barstow **377.**
Bartel **517.**
Bartels **487.**
Barth (Prag) **347.**
Barth (Leipzig) 451, 453.
Barth (Frankf. a. O.) **215**, **390**, 403, 474.
Bartha **295.**
Barwell, H., 188.
Baudouin **64.**
Bauer **307.**
Baumès 285.
Baumgarten **33**, **321**, **322**, 336, 422.
Baurowicz, A., **210.**
Bayer **77**, 83, **430.**
Beatle **485.**
Beaton 259.
Beard **336.**
Le Bec 124.
Beco **78**, **81**, **502.**
Beclèr **227.**
Beck, Jos. C., **160.**
Beck, Carl, **163.**
Beckett **200.**
Benda **403.**
Bennett **233**, **367.**
Bentzen, Sophus, **168**, **176**, **183**, **445.**
Bérard **71.**
Berent, J. Passmore, **106**, **427**, **537.**
Beresgowski **170.**
Berg, H. W., **345.**
Bergh **299.**
Berini **57**, 436.
Berkeley, Wm. N., **384.**
Berthold **103.**
Bertrand, C., **246.**
Betti **342.**
Beyer, H., **249**, **250.**
Bezdek **60.**
Biaggi 460, **462**, **464.**
Bickel **131.**
Biehn 388.
Biernacki **439.**
Birkett, H. S., 148, **256.**
Bizzozero **18.**
Blau, A., **437.**
Black, C. E., **309.**

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

Blacker **338**.
Bloch, P., **28**.
Bloebaum **424**.
Blois **147**.
Blumenfeld **77**, **156**, 453.
Blumenthal **219**.
Bobone **478**.
Bock, F. W., **267**.
Boddaert **171**.
Bodine **353**.
Bogle **450**.
Bon **341**.
Boenninghaus 100, **394**.
Bogrow **424**.
Bonnier **245**.
Börger **43**, **132**, **403**.
Bornstein **131**.
Botella 126, **156**, **443**.
Botey, R., **6**, **66**.
Bouchard, C., **222**.
Bovaird, D., **128**.
Bower **254**.
Bowman, H., 55.
Bozzini 285.
Brady, A. J., 317.
Brandt **435**.
Brat 406, 408.
Bravo **532**.
Bresgen **48**.
Brewer 353.
Breyre 503.
Bride, P. Mc, **331**, 366.
Brin **18**.
Brindel **293**.
Brissaud **307**.
Brokaert **76**, **80**, **83**, **87**, **112**, **158**, **159**, **164**, **216**, **333**, **352**, **390**, 407, **501**, 502, 505, **509**.
Broers, J., **425**.
Bronner **231**, **314**, **364**, **518**.
Broschniowski **394**, **410**.
Brose **350**.
Brown, George V. J., **342**.
Brown, S. M., **371**.
Browne, Lennox, 124.
Brühl 133.
Bruhns **435**.
Brunard, A., **213**, **214**.
Bruns, P. v., 124, 361.
Bryan, Jos. H., 142.
Bryan, W. A., **342**.
Bryant, Alice D., **344**.
Buch, M., **516**.
Buhlig 526.
Bukofzer 250, 347.
Bullette, W. W., **252**.
Bulling **3**, **24**, **304**.
Bullock, E. S., **303**.
Burchardt **440**.
Burg, H. J., **344**.
Burger 284, 325, 405, 406, **407**, **408**, 535.
Burt **38**.
Buser **168**.
Busquet **483**.
Butler, Wm. J., **261**.
Butlin **36**, 124, 363.
Buys **291**.

C.

Cahn **127**.
Caims 260.
Calamida **174**, **460**, **461**.
Callum, W. G. Mac, 355. **398**.
De la Camp **472**.
Campbell **165**, **211**, 317.
Canfield, R. B., **290**.
Cantonnet **28**.
Capert jr., **78**, **79**, **503**.
Caralt **14**.
Carbone, A., **161**.
Carson 39, **123**, 528.
Carter, W. W., **297**.
Cartex 80, **81**, 88, **228**.
Casadesus **378**.
Casselbury, H. S., 138.
Castranuovo **486**.
Castro **20**.
Cawson **366**.
Ceccherelli **340**.
Ceni, C., **27**.
Chaine **340**.
Chandler, J. F., **341**, 524.
Chappell, W. F., **122**, **138**, **288**.
De la Chappelle **181**.
Chatin, J., **52**.
Chauveau **438**.
Chavasse **228**.
Cheatle, A., **363**.
Cheever, D., **338**.
Cheval 75, 78, 79, 500, **504**, 505, 507, 508.
Chevalier **341**.
Chiari, O., 29, 30, 288, 320, **321**, **357**, **430**, **530**.
Chirivini **341**.
Cholewa 474.
Choronshitzky **442**, 480.
Christensen, V., **182**.
Cisneros **126**, **159**.
Citelli **56**, **208**, **296**, **389**, **488**.
Claoué 292, **379**.
Clark, G. B., 285.
Clark, Payson, 138, **476**.
Clevenger, Wm. F., **165**.
Cline **299**.
Cnopf **471**.
Coakley, C. G., **107**, **112**, 137, 146.
Coasemans **506**.
Cobb, Favrar, **385**.
Cobb, Frederic C., **386**, **477**.
Codman, E. A., **386**.
Coenen **423**.
Coffin, L. A., **428**, **434**.
Cohn, Georg, **248**.
Colby, B. D., **70**.
Coley **209**.
Coll, G. C., **473**.
Collier, Mayo, **104**, **186**, **188**, **466**.
Collins, Williams, **448**.
Collum, W. G. Mac, **27**, **440**.
Commant **222**.
Compaired **58**, **60**, **106**, **159**, **444**, **475**.
Conkey, C. D., **208**.
Conrad, E., **210**.
Coolidge jr., **67**, 139, **144**.
Cordes **431**, 474.
De Cortis **463**.
Cott, Geo F., **440**.
Courmont **346**, **526**.
Courtade **104**.
Coy, Alex. W. Mac, **136**.
Coy, John Mac, **477**.
Cozzolino **477**.
Craig, R. H. **295**.
Cristiani, H., **26**.
De Croly **348**.
Croog, M. Mc., **261**.
Cryer, N. A., **371**.
Cubbins **526**.
Curtis, Hobbrook, **311**, **434**.

D.

Dagenneville **523**.
Daland **128**.
Daniels **209**.
Davidsohn **40**, **194**, **217**.

Davis, H. J., 191, 230, 231, 232, 262.
Day. E. W., 175.
Deile. R., 60.
Delavan, D. Bryson, 123, 145, 146. 290, 353, 528.
Delie 75, 158, 225, 288, 433.
Delsaux, O., 76, 77, 78, 79, 227. 228, 406, 500, 503, 506.
Delstanche, E., 431, 501.
Denis 60.
Denker. A., 426, 427.
Denys 300, 383.
Depierris 57.
Derenberg 121.
Deutsch 255.
Detot 344.
Devos, R., 216.
Dietlen 389.
Dieulafé 51.
Dionisio 458.
Dmochowski 469.
Dobrowolski 105.
Döbeli 474.
Dohrn 113.
Dölger 378.
Dolore 70.
Mac Donald 229, 303, 314.
Donelan 39, 40, 230, 232, 359.
Donnellan, P., S., 26,
Donogany 323.
Dorendorf 392.
Dotti 4.
Douglas, H. B., 203, 432, 434.
Downie, Walker, 318, 319.
Doyon, M., 27.
Dubar 160.
Dubois-Reymond. R., 391, 541.
Dubois, R., 52.
Duchesne 158, 500.
Dufour 131.
Dunbar, W. B., 54, 251, 402, 425, 426.
Dünges 101.
Dunn, J. H., 71.
Durand 67.
Durante 443.
Dürig 448.
Dyball, B., 341.

E.

Eckstein 158, 473.
Eemann 172.
Egmóond 175.
Ehrhardt 68.
Ehrlich, Fr., 450.
van Eicken 72, 74, 451, 454.
Eilermann 344.
v. Eiselsberg 265.
Eisendraht, D. N., 167, 398.
Elias 519.
Elkan 24.
Elliot, R., 246, 531.
Elterich 122.
Ely, J. R., 20.
Emerson 335.
Engelmann, Rosa, 215.
Ephraim, A., 376.
Erbrich 475.
Erbstein 409.
Escat 229, 292.
Escherisch 383.
Eschweiler 295.
D'Est-Emery 363.
Evans, J. S., 222.
Exner, S., 304.

F.

Faber, E., 173.
Fabrini 18.
Falkner 375.
Falsa 248.
Faraci 459.
Farland, Joseph Mc., 128.
Farlow, J. W., 142, 146, 147, 204, 285.
Fauvel 311.
Fecholske 267.
Federici 464.
Fein 29, 320, 321, 332, 429, 488, 539.
Feldmann 256, 523.
Feltner 395.
Fels 172.
Fergusson, J. W., 129.
Fernandéz, Carrasco, 440.
Fernandis 15, 99, 511.
Ferrari 459, 462, 465, 479.
Fescher 515.
La Fetra 199.
Fetterolf, G., 110.
Fieber 2.
Finder 297, 378. 403, 437.
Finlay 112.
Fischer, Bruno, 168.
Fischer, Louis, 68, 69, 345, 346.
Fischer, J. F., 208, 392.
Fischl, R., 422.
Fish, H. M., 110.
Flamini 486.
Flanis, C. M., 255.
Flesch 531.
Fliess 48, 337, 473.
Fliglay 388.
Föhr 333.
Ford, C. E., 170.
Forus 263, 375, 443.
Francis 317, 318.
François 214.
Frank, Otto, 449.
Fränkel, B., 41, 42, 104, 271, 284, 390, 402, 404, 414, 442, 542.
Frankenberger 265.
Fredell 515.
Freer, O. J., 434.
French, J. R., 257, 380.
Frese 24.
Freudenthal 57, 334, 434.
Freund, L., 250.
Freund, H. W., 336.
Fridenberg, P., 216.
Friedmann, E., 246.
Friedrich, P. L., 108.
Fromm, W., 422.
Fruttero 14.
Funnicliff, R. M., 59.
Füth 429.

G.

Galeotti 167.
Galezowski 432.
Gallaher, Th. J., 25.
Gallois, P., 50.
Garcia, Manuel, 91, 285.
Garriga 439.
Garel 67, 228, 343.
Gaston, J. Mac Faddan, 179. 265.
Gatteschi 464.
Gaucher, Th. J., 218.
Gaudiani 179.
Gaudiet 24.
Gauthier 340.
Gavello 14, 292.
Geirsvold 171.

Gellé **87.**
Gellhaus **3.**
Gendron, A., **62.**
Genter **59.**
Géraud **19.**
Gerber 114, 156, 395.
Gerber (Konstanz) **265.**
Geribel 28.
Germain **446.**
Geronzi, G., **235**, 458, 460, **463**, 488.
Getzowa **354.**
Gevers-Leuven **102.**
Gibb, J. S., **206.**
Glas 29, **30**, **51**, **321**, 523, 538, 539, 540.
Glegg **54**, **424.**
Gleitsmann, W., **24**, 140, 142, **266**, 351.
Glorieux 348.
Gluck **270**, **288**, 401.
Glücksberg **489.**
Godskesen **219.**
Goebel 344.
Goeppert **262.**
Goldmann 73.
Goldmann (Komotan) 56.
Goldsmith, P. G., **61**, **108**. **187.**
Goldstein **384.**
Goldschmidt 514.
Gomperz **293.**
Good, H. H., **51.**
Goodale **134**, 135, 137, 140, **204**, **254.**
Gordon, William, **436.**
Goris 15, **79**, **80**, **503**, **505**, **511.**
Görl **371.**
Gorochow 435.
Govern, P. H. Mc. **301.**
Grabower 41, 271.
Gradenigo **65**, 459. 462.
Gradle, H., **206**. 448.
Graef **490.**
Graeffner **376.**
Grandy 531.
Grant, Dundas. 35. **37**, 38, **39**, **40**, 186, **187**, **188**. 189, **190**. 230, 231. 233. **310**, 359. 360, **364**, **365**, **366**, 466.
Grazzi 460.
Green **473.**
Greifenhagen **164.**
Greil **255.**
Grevers **406.**
Griffin **220.**
Grönbech **43**, **538.**
Grosskopf **370.**
Grumer **165.**
Grünbaum, A. S. F., **47.**
Gruening **111.**
Grünwald, L., 12.
Guérin **375.**
Guinon **67.**
Guiseh **67**, **86**, **306**. **511.**
Gürich **482.**
Guyot **437.**

H.

De Haan **300**, **382.**
v. Hacker **342.**
Haeffner **289.**
Hager 332.
Hahn, R., **66.**
Haibe **260.**
Hajek **67**, 206. 334, **520**, **541.**
Halász **268**, **292**, 374. **518.**
Halbhuber **332.**
Halbo **172.**
Halstead 310.
Hamill, S. Mc. C., **218.**
Hamilton, J. K., **13.**
Hansberg **452.**
Hansemann 220.
Hansen, E., **109.**
Hanszel 30, **320**, **321**, **539.**
Hard, L. M., **266.**
Hare. Francis, **54.**
Haring 314, 318.
Harland, H. G. B., **23**, **51**. **302**, **395**, **475.**
Harmer 320. **492**, **539**, 540.
Harris, J. G., **350.**
Harris, Th. J., **61**, 137, 143, **147**. **484.**
Hartl **517.**
Hartmann. J. H., **134.**
Hasken **518.**
Hastings **394.**
Heath, A. C., **376.**
Hecht **115.**
Hedinger **220.**
Heermann. H., **48.**
Heffernan **522.**
Hegener 72.
Hegetschweiler **293.**
Heindl 29. 320, **321**, **520**, 539, 540.
Heinemann **333.**
Heinrich, H., **381.**
Heintz **4.**
Hellat **409.**
Hempel, H., **307.**
Henius 388.
Henkes **489.**
Henneberg, B., **397.**
Hennebert **77**, **85**, **510.**
Hennig, A., 455.
Henrici **61**, **263**, **289**. **490.**
Henry, L., **288.**
Herhold **200.**
Hermann, Karl. **71.**
Herrmann **517.**
Hertz. M., **114**, **157.**
Heryng **103**, **493.**
Herzfeld **42**. **114**, **132**, 133. 194, 404, 473.
Heydenreich **181.**
Heymann, P., 42, **132**, 262, 404, 480.
Heymann, R., 262.
Heyninx 76, **499**. **500**, **501**. **503**, **510.**
Hicquet **167.**
Hill, H. W., **261.**
Hill, Havilland, 366, **367.**
Hine, J., **201.**
Hirschberg **55.**
Hirschfeld, Eugen, **101.**
Hirschmann (Cöln) 514.
Hirschmann, Alfr., **106**, 261. **400.**
Hobday **362.**
Hödlmoser **305.**
Hölscher **158**, **164.**
Hözel **372.**
Honnecalt **356.**
Hopkins 141.
Hoffmann. R., **453**, **456**, **530.**
Hopmann 512.
Home. Jobson, **187.**
Hubbard, Th., 138, **139**, 140.
Huber **380.**
Huchard **5.**
Hülse **323.**
Hult. W. G., **393.**
Hurd **481.**
Hutter **343.**
Humphrey **436.**

I. J.

Jackson, Chevalier, **123**, **175**, **340**.
Jacob **101**.
Jallicis **305**.
Jankau **269**.
Jankauer **23**, **306**, **521**.
Janques 75.
Jaques 112, **227**, 503, 507.
Jarecki 380.
Jaumenne **252**.
Jehard **4**.
Jeney **201**.
Jerusalem **375**.
Jessen **453**.
Ignatowsky **214**.
Imhofer **162**, **489**.
Immerwahr **425**.
Ingals, E. J., **351**.
Ingals, Fletcher, **148**, 145, **290**, 295, **445**.
Johanni, J. U., **122**.
Johnston, Richard H., **11**, **256**, **523**, **524**, **527**.
Joly **375**.
Josefson **307**.
Joseph **162**, **520**.
Joshua **385**.
Jousset **13**.
Irsai **30**, **322**, **323**.
van Isselt 535.
Ito **483**.
Jurasz **73**.
Jürgens **435**.
Justi, K., **382**.

K.

Kahler **30**, **321**, **538**, 540.
Kallmann 169.
Kamon **372**.
Kan **405**, **408**, **536**.
Kanthack 262.
Kaplan **390**.
Kapralik **3**.
Kareff, M., **27**.
Katz **17**.
Katzenstein 40, 271, 391, **401**, **541**, 542.
Keen, W. W., **161**.
Keenan, C. B., **19**.
Kellogg, E. L., **485**.
Kelly, Brown, **359**, **431**, 470.
Kelson **34**, **187**, **188**, **190**, **230**, **359**, **363**, **465**, 467.
Kerley, Ch. S., **22**.
Kerr, C. B., **260**.
Kessler **334**.
Keyser, C., **257**.
Kiaer, G. 537.
Kiesow, F., **19**, **255**.
Kikuchi **477**.
Killian, G., 11, **67**, **72**, 112,
166, **180**, 336, 452, 453, **454**.
Killian, J. A., **455**.
Killian, J., **53**.
King, Gordon, **339**.
Kingsford, L., **370**.
Kinney, R. Mc., **379**.
Kirmisson **71**.
Kirschner, J., **293**.
Klein **119**, **183**, **537**.
Klemperer 41, 102.
Klinednist **108**.
Knapp, A., **485**.
Knight, Ch. H., **147**, **441**.
Kofler **320**, 538, 540, **541**.
Kofmann **165**.
Kohn (Bukarest) **28**.
Kolischer **519**.
Kollmann, J., **255**.
Körner 169.
Koschier, Hans, **123**, 540.
Köster, G., 390.
Kramer **131**.
Kramer, Petersen, **308**.
Krause **303**.
Krebs **202**, 451.
Kreuder **475**.
Kretschmann **205**, **292**, **429**.
Kricheldorf **62**.
Kromayer **424**.
Kronenberg 74, **453**, 512.
Kuhn, Fr., **457**, **529**.
Kuhnt 11.
ter Kuile **490**, 535, **536**.
Künzel, H., **382**.
Küppers **170**.
Kuttner **54**, 133, **194**, **396**, 404, 542.
Kutvirl **3**, **15**, **59**, **161**, **162**, **344**.
Kyle, Bradon, **50**, **55**, **148**, **157**.
Kyle, J. J., **421**.

L.

Labarre **76**, 77, **80**.
Lack **38**, 191, **192**, **365**.
Lacoarret **377**.
Lagarde **6**, **76**.
Laiguel-Lavastine **28**.
Lake, R., **58**, **191**.
Lalaguë **182**.
Lalarski **488**.
Lamann **48**.
Lamb **211**.
Lamsden **466**.
Landesberg **527**.
Landgraf **271**.
Lang, K., **323**.
Lange, V., **516**.
Langley, J. N., **286**.
Langmaid 143, 146, **480**.
Lapersonne 309.
Laurent 80, **164**, **229**, **504**.
Lautenbach **202**.
Law, Ed., **364**, 496.
Leavel, R. N., **209**.
Leber **213**.
Lebrun **201**.
Ledderhose **107**.
Ledermann, J., **438**.
Ledermann, M. D., **170**.
Leduc **161**.
Lee, A. W., **432**.
Leejard 62.
Lefèvre **481**.
Lejars **107**, **211**.
Leland **115**, **171**.
v. Lénart 31, 32, 529.
Lenoir 76, 80, 510.
Leopold 58.
Lermoyez 54, 56, 67, 226, 227, **304**.
Lessard, A., 63.
Leto, L., **442**.
Leuven **471**.
Levy, Benno, 102.
Levy, Fritz, **100**.
Levy, Robert, **25**, **369**.
Lewenson 410.
Lewy, A., **490**.
van Leyden 405.
Lichtwitz 207.
Lieblein **351**.
Lincoln, W., 138, 143, 145.
Lindt 74.
Lipscher **31**, **186**.
Littaur **514**.

Livini **181**.
Liwinowicz **20**, 72.
Lockard, L. B., **25**, **57**.
Lockwood, C. B., **115**, **257**.
Logucki **122**.
Löhnberg **302**, 395.
Löhrer **179**.
Lomer **448**.
Loose **338**.
Lotheissen **308**, **355**.
Lothrup 9. **385**.
Low Stuart **187**.
Löwe, L., **203**, **529**.
Löwen, A., **246**.
Löwenheim **100**.
Löwenstein **423**, **513**.
Löwy, A., **421**.
Lozano **375**.
Lübbert **425**.
Lublinski **115**, **254**, 316, **378**.
Lubosch **247**.
Luc **8**, 225, **507**.
Lunghini **461**.
Lunin 409.
Luzzatto **524**.

M.

Maas **348**.
Macdonald, Mackey 318.
Mackenzie, John, 124.
Mackenzie, J. N., **135**, 145, **515**.
Mahu **226**.
Makuen, G. Hudson, **23**, **108**, 137, 140, **141**, 143, **392**.
Malot **346**.
Manasse **181**.
Mancioli **104**, **221**.
Mangeri 342.
Mangum, W. W., **26**.
Mann **17**.
Manno **113**.
Marfan 260.
Marr 215.
Marschik **30**, **320**.
Marshall, J. M., **398**, **438**.
Martin, A., **64**.
Martin, Johannes, 431.
Martuscelli 207, **350**, **374**, **460**, **463**.
Marx **28**, **210**.
Marzocchi **17**.
Masip **217**.
Massei **207**, **248**, **336**, **462**, **463**.
Massier **83**, **84**.
Mathé **524**, **525**.
Mauté, A., **19**.
Mayer **109**.
Mayer, A., **43**.
Mayer, Arthur (Freiburg) **261**.
Mayer, E., 137, 139, 140, **141**, 143, **174**, 428.
Mayo, Ch. H., **27**.
Meerwein **341**.
Meissen **513**.
Meltzer **371**.
Meltzer-Auer **371**.
Melzi **286**.
Mendel 225, 309.
Menzel **29**, **30**, **320**, **349**, **520**, **540**.
Mermod **11**, **227**.
Mertens, P. S., **294**, **433**.
Mertuliffe, G. B., **253**.
Mettler 448.
Meyer, Edm., **43**, **132**, 133, **194**, 271, **400**, 404, **442**, 542.
Meyer, Willy, **397**.
Meyer, H., **247**.
Meyes, Posthumus, 202, 405, **406**, 408, **409**, 535.
Mignon, M., **223**.
Miller, J. Clarke, **21**.
Milligan 364.
Mintz **376**.
Mogilnicki **389**.
Mohr **519**.
Moizard **60**.
Molinié **228**, **305**, **343**.
Moll, A. C. H., 407.
Möller, Jörgen, **215**, **392**, **536**, 537.
Möller, Magnus, **370**.
Mongardi **286**.
Monnier, V., **62**.
Montgomery **484**.
Morel **130**.
Moreton, Fr., **201**.
Morian **525**.
Morfit **398**.
Morton **204**.
Mosher, H. P., **294**.
Mounier **227**, **483**.
Moure 218, **222**, 225, 228, **430**, 461, **478**.
Mourignand **348**.
Muck, O., **56**.
Mühlen, von zur 437.
Muir **439**.
Müller, B. (Hamburg). **4**. 333.
Müller, Chr., **257**.
Müller (Stuttgart) **333**, **521**.
Mulert **5**.
Munier **349**.
Munger, Carl E., **53**, **434**.
Murray, George, **182**.
Murray, Wm. R., **61**.
Muthmann, E., **267**.
Muyderman 407.
Myles **16**, **170**, **433**.

N.

Nagel **249**.
Narath **482**.
Naumann **107**.
Nauwelaers **117**, **118**, **119**, **211**, 216.
v. Navratil **30**, **31**, **32**, 33, **184**, **185**, **322**, **444**.
v. Navratil, D., **532**.
Nehrkorn **180**.
Neisser **387**.
Nesse **349**.
Neuenborn **512**.
Neufeld **213**.
Neumayer **67**, **265**, **423**, **515**.
Nevrazé **291**.
Newcomb, Jas. E., **59**, 135, 138, 139, **146**, **246**, 318.
Nicolai, G. F., **373**.
Nikitin **394**.
Nobumitso **389**.
Nolan, H. R., **440**.
Noquet **81**.
Nörregaard 537, **538**.
Nord **472**.
Northrup, W. P., **214**.
Nourse, Ch., **467**.
Nowotny **158**, **446**, **449**, **489**.
Nuvoli 459.

O.

Oestreich 102.
Ötvös **517**.
Oltuszewski **22**, **392**.
Onodi **11**, 31, 48, 53, **75**, **112**, **288**, **294**, **295**, **309**, **323**, **478**, **517**, **533**.

Orlandini **111**.
Ornial **19**.
Orta **171**.
Ouspensky **128**. **354**.
Owen, J., **212**.

P.

Pacchioni **301**.
Packard, Francis R., **136**. **528**.
Page, J. D., **382**.
Paget, Stephan, **6**, 232, **362**.
Pangrek 202.
Park. Wm. H., **287**, **346**.
Parker **498**.
Parmentier **104**.
Patel **529**.
Paterson **362**, **363**, 497.
Paton **422**.
Patterson, T. A., **50**.
Paunz **160**, **323**.
Pawlow **17**, 481.
Payr **339**.
Pearce **137**.
Pegler **35**, **230**, **320**. 497, 498.
Péhu **130**.
Peiper **129**.
Pel **408**.
Perez, M., **445**.
Permewan 35.
Perugia **169**, **343**.
Perzew **100**.
Peters **448**.
Peterson **362**.
Peyser **132**.
Phillipps, K. C., **252**, 354. **478**.
Phillips, L., **289**.
Piechaud **338**.
Piellot **70**.
Pieniazek **100**, **369**.
Pinciro, M. F., **473**.
Pirquet **62**.
Plaut, H. C., **384**.
Pluder **108**.
Poli **460**, **465**.
Pollaczek 31, 33.
Pollak, E., **286**.
Polland **370**.
Polyak **289**.
Ponticaccia **486**.
Pope **483**.
Port **73**.
Posner 411.
Potter **39**, 40, **189**, **363**.
Pouchat **5**.
Powell 39, **191**, 231, 496, **497**, 498.
Powers, G. H., **206**.
Powers, L. M., **172**.
Prausnitz **425**, **426**.
Preobreshenski **199**, **287**.
Prescott, S. C., 21.
Price-Brown 314, 318.
Prior **516**.
Probst, M., **52**.
Proebsting **73**, 513.
Prota **387**, **463**.
Pusateri **377**.
Putnau **209**.
Pynchon **247**.

Q.

Quensel **524**.
Quinlan **537**.
Quix **249**, **406**, **408**, **535**.

R.

Rabé **60**.
Rabot **445**.
Rackwitz **256**.
Ragozzi **19**.
Ramsey, W. R., **21**.
Ranzi **474**.
Raoult **227**, **511**.
Rau **333**.
Rauchfuss 410.
Ray, J. M., **441**.
Real 126.
Redactionelle Notiz **5**. **162**, **182**, **202**, **209**, **212**, **220**, **246**, **251**, 338, **474**, **484**, **486**, **520**.
Reich, P., **530**.
Reiche **525**.
Reimann **298**.
Reinhard 513.
Reizenstein, Alb., **449**, **492**.
Reko **375**.
Réthi **11**, **16**, 30, 285, 292, **438**.
Retzius, G., **249**.
Revol **528**.
Reynolds, D. S., **479**.
Rhein, M. L., **255**.
Rhodes, J. E., **62**, **135**, 144, **264**, **349**.
Ribbert, H., **399**.
Ricciardelli **297**, **463**.
Rice, Clarence C., **140**. 143, **379**.
Richards, George L., **428**.
Richards, John D., **204**.
Richardson, Ch. W., **218**.
Richardson, J. J., **20**, **116**, **266**.
Richartz **516**.
Riegner **381**.
Riese **107**.
Rindfleisch **479**.
Risley **289**.
Ritter **402**.
Riva **217**.
Rivière **399**.
De Roaldes 141.
Robertson, Ch. M., **61**, **106**, **205**, **335**.
Robinson, Betham, **35**, **37**, **363**.
Rocher **182**, **338**.
Roe, John O., 139, 142, 144, 146.
Roehr, C. C., **300**.
Roepke, F., **107**, **395**, **476**.
Rogers, Alb. E., **16**.
Roger, B. F., **301**, **440**.
Rolleston **261**.
Rona **483**, **525**.
Root, Arthur G., **5**.
Rosenack **256**, **523**.
Rosenberg **4**, **271**, **312**, **401**.
Rosenfeld **300**.
Rosenheim, S., **128**.
Rossi **350**.
Roth, W., **11**, 29, **30**, 320, 539, 540.
Rothenacker **247**.
Rowland, W. R., **425**.
Ruault **223**, **224**.
Rubens **117**.
Rugani **104**, **248**, **460**.
Runwald **304**.
Ruprecht **380**, **472**.
Ruthin **540**.

S.

Sabrazès 207.
Sack **115**.
Saenger **159**, 332, **455**, 513.
Salmon, Th. W., **63**.
Saltykow **157**.
Sandelin, E., **167**.
Sanderson **355**.

De Santi, Ph., **35**, 39, **192**, **193**, **232**, **362**, **363**, **496**.
Santorini 9.
Sauer, H. E., **245**.
Saul, E., **388**.
Sawicki **163**.
Scannall, D. D., **385**.
Schaps **260**.
Schaumberg, J. F., **114**.
Schech, Ph., 327.
Scheier **222**.
Scheppegrell **380**.
Schiele **268**.
Schiffers **75**, **76**, 78, **85**, **499**, **502**, **525**.
v. Schiller **32**, **33**, **185**, **186**.
Schilling **341**, **435**.
Schindler **332**.
Schleifstein **159**, **165**.
Schleissner, F., **23**.
Schlungbaunn **41**.
Schmiegelow 317, **374**, **479**, **537**, 538.
Schmilinsky **131**.
Schmorl 220.
Schötz 271, 402.
Schramm **379**.
Schreiber, S. W., **381**.
v. Schrötter, H., **3**, **356**, **369**, **421**. **447**.
v. Schrötter jr. 102.
Schröder **421**.
Schröter (Cassel) **451**.
Schultz, P., **392**.
Schultz (Friedenau) **218**.
Schütze **399**.
Schwab, Sidney J., **473**.
Schwartz, Th., **436**.
Schwarz, Otto, **426**.
Schwyzer, G., **267**.
Scott **345**, **493**.
Scripture, E. W., **347**.
Sebileau **357**.
Sehrt **491**.
Seibert, A., **485**.
Seifert **74**, **451**.
v. Seiler **2**.
Seiler **118**.
Selheim **17**.
Semon 34, 35, 36, 37, **44**, **120**, **124**. 192, 193, 230, 231, 233, 237, **258**, **279**, 317, **352**, 354, 358, 359, **360**, 364, **365**, **411**, 421, 452, **470**, **496**, **498**.
Senator, M., 400, **403**.
Sendziak **20**, **369**.
Serapin **438**.
Service, Ch. A., **179**.
Sessous **248**.
Seyffert **165**.
Shaldon, John G., 65, **267**.
Sharp, Gordon, **371**.
Shebrowski **481**.
Sherrington, C. S., **47**.
Shields, E. H., **298**.
Shirmonski **206**, **335**.
Strubsel **36**.
Shury, B. R., **69**.
Siebenmann 168, 451, 452, **453**.
Sigaux, A., **164**.
Simmonds **178**, **264**.
De Simoni **334**.
Simpson, W. L., 136, 140, 141, 143, 144.
Sinding-Larsen **172**.
Sinnhuber **393**, **480**.
Sinotecki **377**.
Skale **530**.
Smith, H. H., **64**.
Smith, Oliver C., **70**.
Smith, Harmon, **335**, **386**, **476**.
Smithies, F. W., **441**.
Smurthweite 40, **189**, 230, 318, **359**, 497.
Smyth, H. E., **263**.
Snow, S. F., **429**.
Sokolowsky **114**, **128**, **174**, **263**, **339**, **395**.
Solis-Cohen 136, 353.
Sombard **229**.
Somers, L. S., **58**, **299**, **519**.
Sondermann **429**, **472**.
Sorgo **303**.
Sowkins, J., **176**.
Spencer, W. G., **35**.
Spencer, M., 496, 497.
Spicer, Fr., **188**.
Spicer, Scanes, 229, **231**, **232**, 312, 496.
Spira, **2**, **421**.
Spivak **493**.
Spratt, Ch. N., **61**.
Sprenger **433**.
Spruill 523.
Srebmy **116**, **264**.
Staderini **461**.
Stadler **63**.
Starck **308**, **449**, 454, **494**,
Steer **9**.
Stegmann **491**, **531**.
Stein, Alb. E., 6, **75**, 158.
Stein, Otto J., **219**, **519**, **539**.
Steiner, L., **308**.
Steiner, M., **322**.
De Stella **15**, **84**, **85**, 112. **173**, **252**, **295**, **500**, **509**,
Stephens, H. D., **450**.
Stern **267**.
Sternberg **381**.
Stetten **532**.
Stevani **373**.
Steward, F. J., **366**.
Stieda **8**.
Stolper **65**.
Stolte, H., **351**.
Stone, B. H., **480**.
Storrs, H. R., **117**.
De Stoutz **119**.
Strauss **399**.
Straw, E. E., **300**.
Strazza **461**.
Streit **156**.
Strubell **2**, **288**, **291**, **443**.
Struycken **405**, 406, **408**, **409**, **535**.
Stuckey, T. A., **57**, **114**, **207**, **428**.
Stufler **168**, **286**.
Sturmann **401**.
Suarez de Mendoza **88**.
Sund, O., **248**.
Swain 134, 135, 136, 138 139, 146, **470**.
Swerewa-Imelkowa **491**.
Swiatecki **122**.
van Swieten **15**, **99**, **510**.
Swoboda, N., **65**.
Symonds 40.
Syndacker **378**.
Szumbanski **180**.

T.

Talbot, E. S., **169**.
Tapia **475**, **490**.
Tarnowski **252**.
Tereschenkow **200**.
Theisen, Clement F., **137**, 142, **474**, **528**.
Therendt **298**.
Thiele, F., **110**.
Thienger **307**.
Thigpen, C. A., **15**.

Thistle, W. B., **306**.
Thiriac. L., **167**.
Thollander **388**.
Thompson, J. E., **182**.
Thomson, St. Clair, **36**, **191**, **229**, 230, 232, 314, 358, 461, **495**, 497.
Thorne, Atwood, **35**, **39**, **40**, **191**.
Thost 215, **377**. **446**, **515**.
Tilley, Herbert, **12**, **13**, 36, 37, 39, **162**, **189**, **190**, **193**, **230**, 232, 233, **290**, 318, 358, **365**, **366**, **496**, 497.
Tissier, P., 338.
Többen **382**.
Tod, Hunter, 35, 36, 37, **192**.
Toluiewski, S., 3.
Tommasi **69**, 459, **465**.
Tommazoli **258**.
Tones, Wm. A., **129**.
Töplitz **475**, **476**.
Tórne, Fr., **7**.
Torres, S., **10**.
Tournie, J., **266**.
Tousey, S., **303**.
Tovölgyi **31**, **34**, **323**.
Trautmann (München) **5**, **53**, **517**.
Treitel **42**, **292**.
Trétrop **82**, **84**, **120**, **171**, **252**, 501, 505, **506**, 509.
Tribolet 259.
Trömmer **215**.
Troussean 259.
Tschermak **390**.
Tuixaus **61**.
Turner, Logan A., **8**. **34**, **290**.

U.

Uffenheimer **210**, **526**.
Umber **178**.
Urbantschitsch, E.. **165**. **210**, **254**, 293. **423**. **426**.
Ustvedt, J., **439**.

V.

Vacher **229**.
Vallana **525**.
Vandevelde **103**.
Vaquier **430**.
Vargas, R., **267**.
Veillard **86**.
Vial **217**.
Vida! **384**.
Vigoureux **473**.
Vilanova **424**.
Villemin **71**.
Vincent **211**, **384**.
Viollet 158, 225, **227**.
Vohsen 452.
Voss **427**.

W.

Wackhoff, W., **113**.
Waggett **193**, 230, 314, **362**.
Waldmann 452.
Waldeyer 238, 281, 416.
Walker 259.
Wallace 466.
Walsh, E., **247**.
Warfield, M., **128**.
Warnecke **203**.
Warren, T. C., **299**.
Washby, B., **248**.
Watson, J. A., **477**.
Waveren **480**.
Webster, Henry G., **129**,
Weichardt 251, 403.
Weil, M., 8, 29, 320, **321**, **422**.
Weinberger **474**.
Weitlauer **469**.
Weljeminow **438**.
Wennerberg **526**.
Wesener, F., **301**.
West, S., 315.
Westenhoeffer 102, **370**, **384**.
Westheimer **217**.
Westmacott 497, **498**.
White, Fr. H., **64**.
Whitehead, A. L., **295**, **518**.
Widakowich **518**.
Wiedersheim **262**.
Wiener, J., **163**.
Wienert **167**.
Wiesmüller **24**.
Wilkinson, Osc., **161**.
Williams, A., **351**.
Williams, Watson, 35, 36, **37**, 193. **259**, **314**, 318, 496, 498.
Willis, M. W., **445**.
Wilner **119**.
Wilson, W. J., **389**, **527**.
Wilson, L. B., **212**.
Wilson, N. L., **379**.
Winckler 72, **74**, **391**, **452**, **456**, 457.
Wingrave **186**, **187**, 188, **189**, **207**, 365, 465, 466, **467**.
Winslow **209**.
Winternitz **323**, **531**.
De Witt **495**.
Wittmaack **116**.
Wodon **116**.
Wolf **65**.
Wolff, A., **402**.
Wolff, Max, 102.
Wood, G. B., **251**, **296**.
Wood, A. J., **306**.
Woods, R. H., **188**, 466.
Word, G. B., **484**.
Wretowski **427**.
Wright, Jonathan, 138, **297**.
Wroblewski **205**, 263, **299**.
Wyeth **532**.
Wyler **130**.
Wylie, Andrew, **187**.

Y.

Yonge, Eugene, **38**, **52**, **319**.

Z.

Zaalberg **407**, **408**, **535**.
Zahn **391**, **533**.
Zanten, Cornelius van, 391.
Zarniko, Carl, **269**, **336**,
Zegers, Ch. A. L., **55**.
Ziegner **298**.
Ziem **81**, **249**.
Ziembicki **265**.
Zilliacus **262**.
Zirkelbach **517**.
Zogucki **340**.
Zuckerkandl 9, **373**.
Zwaardemaker, W., **52**, **166**, 250, **373**, 391, **405**, **406**, **408**.
Zwillinger 33, **322**.

Sach-Register.

A.

Abductoren, die besondere Hinfälligkeit der — 40. s. a. Posticus.

Acne der Nase 424.

Actinomycose des Kehlkopfes 263; — der Tonsille 293, 363; — der Nasenhöhle 334.

Adenitis s. Lymphadenitis colli.

Adenoide Wucherungen 206, 207, 378, 379; Häufigkeit der — 535; hoher Gaumen und — 168; Schädelentwickelung und — 406; — bei Säuglingen 207; — beim Neger 380; — beim Greise 510; eigenthümliche Form von — 378; — und Contrerespiratoren 76, 472; Hyperämie der Nase, bedingt durch — 186, 207; Asthma und — 199; — und Taubstummheit 208; Enuresis bei — 208; Allgemeininfection, bedingt durch — 379; — und Frühjahrskatarrh 461.

— Instrumente zur Operation der —; s. Instrumente.

— Operation der — 209, 378, 379; Nachbehandlung nach — 451; — bei Pneumonie 380; Anästhesie bei — 209; Sepsis nach — 379; Sterblichkeit nach — 209; Blutung nach — 405; Gaumensegellähmung nach — 88; Endocarditis nach — 209.

Adrenalin 4, 246, 247, 371; Wirkung des — auf die Pupillen 371; — zur Reflexprüfung 250; — bei Blutungen 333; — bei Larynxepitheliom 78; — zur Heufieberbehandlung 426; Urticaria nach — 4.

Aerodynamik der Luftwege 102.

Aethyloformmaske 501.

Anästhesie bei Adenoidoperationen 209; — mit Aethyloform 501; — mit Aethylchlorid 512.

Anästhesin bei Kehlkopftuberculose 220; — bei Oesophaguserkrankungen 308.

Aneurysma s. Aortenaneurysma.

Angioneurotisches Oedem der Luftwege 516.

Angina 211, 383; — und Appendicitis 211; — und Peritonitis 382, 524; peudomembranöse — 383; — durch Tetragenus 483; — und Occipitalneuralgie 211; Sepsis nach — 212; Myosis bei — 212; — und Weisheitszahn 313; — und Gelenkrheumatismus 482; Herzstörungen nach — 483; renale Complicationen nach — 483; Erythem nach — 524; Differentialdiagnose der — gegen Diphtherie 212; Kollargolpinselungen bei — 382.

Angina Vincenti 115, 210, 322, 382, 383, 384, 483, 524, 525, 538; Differentialdiagnose zwischen — und Syphilis 211.

Angina Ludovici 255, 256, 436, 467.

Anosmie 141; zur Pathologie der — 517; hereditäre — 88; traumatische — 88.

Antithyreoidin 182, 307, 397, 448, 531.

Antitoxin s. Diphtherieserum und Serumtherapie.

Aortenaneurysma 408; — als Ursache für Recurrenslähmung 217.

Aphonie, spastische 22, 215.

Aphthae tropicae 516.

Apnoë nach Operationen in den Luftwegen 51.

Aprosexia nasalis verbunden mit Stottern 108.

Aryknorpel, habituelle Subluxation des — 65; Infiltration des — 232; Tumor des — 363; entzündliches Oedem des — 496.

Asthma bronchiale, Trachealtractionszeichen bei — 200; einige Bemerkungen über — 100; — und infectiöse Lungenleiden 101; — bei Kindern 199; — und Nasenkrankheiten 315, 316; s. a. Reflexneurosen.

— Behandlung des — 455.

Athmung, Bedeutung der — für die Phonation 71.

Augenkrankheiten, Zusammenhang der — mit Nasenerkrankungen, s. Nasenkrankheiten und Nasennebenhöhlen-Empyem.

Autoskopie des Kehlkopfes 312. 400.

B.

Balneologische Behandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege 3.

Basedow'sche Krankheit 27, 267, 448, 531; complicirt durch Bulbospinalparalyse 307.

— Behandlung der — mit Milch thyreodectomirter Thiere 182, mit Serum 182, 307, 397, 448, 531; mittels Thyreoidectomie 27, 182; — mit Sympathicusdurchschneidung 408; — mit Radium 532.

Bleiintoxication, Recurrenslähmung durch — 194.

Blutstillung durch Penghawar 158, 227; — mit Adrenalin 333.

Blutungen der oberen Luftwege 422; s. unter Adenoiden, Nasenbluten, Tonsillotomie etc.

Bronchien, Fibrinausguss der — 178.

— Fremdkörper der — 67, 144, 180, 181, 194, 305, 306, 445, 446; s. a. Bronchoskopie.

— Strictur der — 403.

— Tuberculose, primäre der — 220.

Broncholithen 148.

Broncho-Oesophagusfistel 130, 131.

Bronchoskopie 65, 67, 143, 180, 181, 194, 305, 306, 400, 445, 446, 447; die — zur Untersuchung der Blutcirculation 422; verbesserte Instrumente zur — 454; — und Lungenchirurgie 454.

Bulbärsymptome infolge Compression peripherer Nerven 331.

C.

Canalis cranio-pharyngeus 255.

Cartilago supracricoidea, Existenz eines — beim Menschen 488.

Cheiloplastik 167.

Choanen, Atresie der — 30, 248, 321.

— Polyp an der — 228, 454.

Chorditis tuberosa 191.

Cocain, Wirkung des — auf Schilddrüsenpfropfung 128, 354; Intoxication mit — 132.

Conchotomie 253, 458, 479.

Contrarespiratoren 76, 472, 500.

Coryza 333; — bei Pferden 333.

Crico-thyreoidmuskel, Wirkung des — 392.

Croup 119, 301, 526; — Intubation beim — 213, 214, 215, 301, 440; — Tracheotomie beim 119, 213, 301.

D.

Dacryocystitis nasalen Ursprungs 375; — chirurgische Behandlung der — 464.

Demonstrationsapparat für das Kehlkopfbild 38.

Diaphanoskopie s. Durchleuchtung.

Dichondraextract zur Diphtheriebehandlung 439.

Diphtherie 20, 62, 63, 171, 172, 260, 300; chronische — 213; die Beziehung der — zur allgemeinen Gesundheit 63; Uebertragbarkeit der — durch Wasser 117, 172; — und Streptokokkeninfection 214; die — in den Tropen 300; — im Verlauf des Scharlach 389; die — im frühen Kindesalter 485; Mischinfectionen bei 486; Lähmungen nach — s. diphtherische Lähmungen.

— Behandlung der — 21, 22, mit Formalin 21, mit Radium 21, mit Kollargolpinselungen 382, mit Nasenintubation 274, mit Mulyptol 438, mit Dichondraextract 439.

— Complicationen der — 64, 346, 389 (am Herzen), 261, 486 (Niere), subcutanes Emphysem bei — 389.

— Diagnose der — 117.

— Prophylaxe der — 172, 301, 439.

— Serumtherapie bei — 22, 172, 173, 300, 301, 345, 346, 439, 440, 486, 526, Folgezustände nach — 346.

Diphtherie der Nase. s. Nase und Rhinitis fibrinosa.
— des Kehlkopfs s. Croup.
Diphtheriebacillen, Einwirkung von Radium auf die — 21; Persistenz der — in Nase und Mund 62; Vorkommen der — beim Gesunden 171; Morphologie der — 388; Nachweis der — 260, 388; Unterscheidung der — von Pseudodiphtheriebacillen 485.
Diphtherieserum, s. a. Diphtheriebehandlung 85; — zur Ozaenabehandlung 253; — bei Heufieber 425; intravenöse Injectionen von — 439, 526; eine besondere Wirkung des — 486.
Diphtheriestatistik 62, 213, 344, 387, 388.
Diphtherietoxin, Rolle des — im Körper 85; Wirkung des — 173.
Diphtherische Lähmungen 119, 261.
Drüsenfieber 517.
Ductus naso-frontalis, Anatomie des — 14.
Ductus naso-lacrymalis, Anomalie des — 248.
Ductus Stenonianus, Pneumatocele des — 482.
Durchleuchtung 81; Werth der — 105, 137; neue Lampe zur — 434.
Dysmenorrhoe, nasale, 337, 375, 519; s. a. nasale Reflexneurosen.

E.

Endolaryngoskopie mit zwei Kehlkopfspiegeln 490, 536.
Endoskopie der Nase und Nebenhöhlen 106.
Epiglottis, Heber zur Untersuchung der — 266, 312; Cyste der — 321; Carcinom der — 528; Fibrosarkom der — 132; Lipom der — 229; Verletzung der — 440.
Epilepsie und Nasenerkrankung 510.
Epistaxis s. Nasenbluten.
Erkältungen, Bakteriologie der — 287.
Erysipel der Luftwege 469, 539.
Ethmoiditis s. Siebbein.
Exophthalmus, Mechanismus des — 27; — bedingt durch Septumgeschwür 33; — bei Nebenhöhlenleiden 43.

F.

Finsenlicht zur Behandlung von Ozaena 58; — zur Behandlung verschiedener Erkrankungen 370; — zur Behandlung des Larynx 465.
Formalin zur Behandlung von Larynxtuberkulose 25.
Furunculosis nasi, Folgen der — 510.

G.

Galvanokaustik, Technik der — 253; Resultate der — 254; — der unteren Muschel s. Nasenmuschel; — bei Kehlkopfpapillomen 312; — zur Behandlung des Rhinophym 424.
Garciajubiläum 88, 91, 148, 149, 285, 369.
Gaumen, weicher s. Gaumensegel; Untersuchungen über die Fossae cribrosae des — 168; Aetiologie des hohen — 168; Messungen des — 168; Nekrose des — 170; Osteomyelitis des — 188.
— Angiom des — 29.
— Defect des — 343.
— Carcinom des — 169, 343.
— Tuberkulose des — 321.
Gaumenbogen, angeborene Cyste des — 321; angeborene Perforation des — 438; Schanker des — 342; Polyp des — 344; Myom des — 540.
Gaumendrüsen, Innervation der — 16.
Gaumenmandel s. Tonsille.
Gaumensegel, Innervation des — 376; secretorische Nerven des — 438.
— Angiom des — 438.
— Carcinom des — 232.
— Lähmung des — 17, 88, 360; — bei Pneumonie 342.
— Melanosarkom des — 193.
— Tumor des — 232.
— Tuberculose des — 17.
— Verwachsungen des — mit der hinteren Rachenwand 43, 191, 192, 506, 537.
Gaumenspalte, Aetiologie der — 169; Operation der — 342.
Geruchsorgan bei Thieren 247, 248, 372.
Geruchssinn 52, 372, 373; Veränderungen des — bei Nasenstenose 374, 460.
— Anomalien des — s. Anosmie, Parosmie.

Geruchssinn: Messung des — s. Olfactometer.
— Störungen des — (Kakosmie, Parosmie) 53.
Gehirnkrankheiten im Gefolge von Nasenerkrankungen, s. Nasenkrankheiten und rhinogener Hirnabscess.
Gelatine bei Blutungen 162.
Gesang, über fehlerhaften — 323; Methoden des — 347.
Gesicht, Asymmetrie des — und Nasenscheidewanddeviationen 139.
Geschmack 255, 381; der — bei Facialislähmung 381; s. a. Schmecken, nasales —.
Globus hystericus 516.
Glossitis bei einem Säugling 115.
Granulosis rubra nasi 425.
Guajactinctur bei Peritonsillitis 74.

H.

Haarzunge 19, 341, 437, 523.
Hals, Röntgenaufnahmen des — 223; congenitale Knorpelreste am — 422; der — als Eingangspforte für Infectionen 259, 287, 370; — Bakteriologie des — 114; ein neuer pathogener Mikroorganismus im — 480; Wirkung des Tabaks auf den — 175; tödtliche Operation im — 136; Fibrom des — 120; Neuritis am — in Folge Laryngitis 394.
Halsdrüsen s. Lymphadenitis.
Halsschmerz, nervöser 100; s. a. Angina.
Halswunden 201, 332, 349, 465.
Heissluftherapie 3, ein neues Modell zur — 102, 536.
Heufieber 54, 519.
— Aetiologie des — 55, 251.
— Behandlung des — mit Antitoxin 54, 55, 251, 252, 402, 404, 425, 426, 427, 519, 520; — mit Diphtherieserum 425; mit Vibrationsmassage 426; mit Cocain-Adrenalin 426.
Highmorshöhle, Röntgenbild der — 188; Pathologie der — 431; Gefässe der — 10, 291; Cysten der — 10, 467; Tetragenusinfection der — 11; Sequesterbildung in der — 320; Prothesen für die — 73; Verschluss der Ostien bei entzündlichen Erkrankungen der — 431.
Highmorshöhle, Angiom der — 231, 430.
— Carcinom der — 293.
— Cholesteatom der — 293.
— Endotheliom der — 39, 293.
— Fremdkörper der — 107, 293.
— Osteom der — 107, 475.
— Sarkom der — 108.
Highmorshöhlenempyem 10, 11, 12, 13, 108, 225, 226, 291, 292, 431; ein ungewöhnlicher Fall von — 187.
— dentalen Ursprungs 86; — und Stottern 108.
— Diagnose des — mit Durchleuchtung 81, 105.
— Operation des 73, 108, 291, 431; von der Nase her — 11, 13, 430, 431; nach Caldwell-Luc — 13, 14, 72, 292.
Husten, zur Lehre vom — 286; — bei Nasenrachenreizung 338; — durch Temperaturerhöhung 516; nervöser — 142.
Hydrorrhoea nasalis 135, 473; — traumatischen Ursprungs 87; — bei Hirntumor 472; — bei Meningitis serosa 133.

I. J.

Jahresbericht des Ambulatoriums des israelitischen Spitals in Krakau 2, der Dresdner Staatspoliklinik 2, der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung des Dr. Goris 99, der rhino-laryngologischen Ambulanz beim Ospedale Maggiore 286, der Gradenigo'schen Privatklinik in Turin 286, des rhino-otiatrischen Ambulatoriums am Krakauer israelitischen Spital 421, der Lungenheilanstalt zu Schöneberg 421.
Ictus laryngis 35, 217.
Influenza, Aetiologie der — 100; Bakteriologie der — 287.
Inhalationen mit Tuberculin 3; — mit ätherischen Oelen 472.
Inhalationstherapie 2, 332, 455, 472, 513, 517; — für die Nase 42; — nach Bulling 2, 304, 517; — bei Tuberculose 24.
Instrumente, aseptisches Besteck für — 76; zur Beleuchtung 5, 62, 423, 424; ein neuer Reflector 103; Reflectorgriff 193.

Instumente zur Demonstration 38. 166, Universalspritze 247, eine Schutzvorrichtung für den Arzt 423, ein neuer Halseisbeutel 423, 513, Sterilisationsapparat 501.
— für die Nase: Inhalationsapparat 42, Durchleuchtungslampe 43,434, Nasenspiegel 165, 247, Nasenflügeldilatator 466, zur Eröffnung der Kieferhöhle 76, 187, 359, für Nasenpolypen 189, zur Messung in der Nase 423, zur Vibrationsmassage 423, zur Fensterresection des Septum 454, zur Saugtherapie 472, Schlingenschnürer 540.
— für Mundrachenhöhle: Beleuchtungsspiegel 62, Irrigator 485, Spatel 62, 116 (selbstleuchtender), 266, 344, zur Entfernung der Tonsillen 61, 62, 247, 300, 500, Zungentonsillotom 20, zur Adenotomie 30, 210, 380.
— für den Larynx: Knorpelscheere 193, Epiglottisheber 266, Curette 313, aseptische Spritze 402, Zange 497, 530.
Intranasale Chirurgie 135, 202, 203, 458; — zur Nasenhöckerabtragung 520; Asepsis bei — 203.
Intratracheale Injectionen 26, 139, 266; Spritze für — 501.
Intubation bei Larynxdiphtherie s. Croup; — mit Celluloidtuben 530; — bei Narbenstenose 68; — bei Ulcerationen der Ringknorpelgegend 69; — bei posttyphöser Perichondritis 140, 174, 175; Endresultate der — 69.
Jothion, ein neues Jodpräparat 332.
Irrigation zur Behandlung von Halsentzündungen 485.
Isambert'sche Krankheit 343.

K.

Kakosmie 53.
Kehlkopf s. Larynx.
Kehlkopfaffectionen bei Tabes 216.
Kehlkopfgeschwulst bei Ateriosklerose 217.
Kehlkopfmuskeln, compensatorische Action der — 140; nervöse Ganglien in den — 463, 488.
Kehlkopfspiegel, zur Vermeidung des Anwärmens des — 490.
Keilbein, syphilitische Nekrose des — 35.
Keilbeinhöhle, Anatomie der — 41; chirurgische Bedeutung der — 434; eine leichte Methode zur Sondirung der — 112; Verhältniss des N. opticus zur — 113, 295, 310; Endotheliom der — 296; Carcinom der — 453, 461; Empyem der — 16, 295, — beim Kinde 229, Sinusthrombose als Complication der — 112.
Keratose des Kehlkopfs 33, 489, 536.
Keuchhusten 64.
— Behandlung des — 65, mit Aristochin 216, mit Serum 216.
Kieferbewegungen, Physiologie der — 381.
Kiefercysten 10, 320.
Kieferhöhle s. Highmorshöhle.
Kiemencysten 200.
Kinn, Lehre zur Bildung des menschlichen — 113.
Knochenblasen in der Nase 477, 478, 518.
Kopfschmerz, nasalen Ursprungs 518. 519; infolge nichteitriger Nebenhöhlenentzündung 106; infolge von adenoiden Vegetationen 208.
Kropf s. Struma.

L.

Laryngeale Reflexneurosen 64, 141.
Laryngectomie, wegen Kehlkopfkrebs s. Larynxcarcinom; neues Verfahren der — 443.
Laryngeus inferior, Verletzung des — 399, 410.
Laryngeus superior, Ursprung des — 390; Lähmung des — 453.
Laryngismus stridulus 142, 217, 463; s. a. Spasmus glottidis und Stridor laryngis.
Laryngitis, nach Influenza 188; Wirkung des Adrenalin bei — 371; Halsneuritis bei — 394; peracute ödematöse — 156.
— aphthosa 218.
— chronica 175 (obliterirende), 224.
— subglottica 218.
— ulceröse — mit Vincent'schen Bacillen 86.
Laryngocele 200, 228, 489.
Laryngofissur s. Laryngotomie.

Laryngologie, Fortschritte in der — 99, 245, 331, 369; die Zukunft der — 275; Beziehung der — zu anderen Wissenschaften und Künsten 421; das Studium der — 515; Stellung der — auf den internationalen Congressen 44, 89, 195, 233, 237, 274, 367, 411, 534.
Laryngometer 490.
Laryngoskopie 66; directe — 74, 363.
Laryngospasmus 84.
Laryngotomie, Technik der — 228, 452; — wegen Fremdkörper 66; — wegen Carcinom s. Larynxcarcinom; — bei benignen Geschwülsten 314; — wegen Angiom des Larynx 442; — bei Larynxtuberculose 452.
Larynx, Apparat zur Demonstration des 38; Modell des — 454; Röntgenaufnahmen des — 223; Bau des — 215; Innervation des — 216, 393; Epithelvertheilung im — 262; Muskeln im — 389, 392; Schleimdrüsen im — 389, 390; Nebenräume des — 487; Blutungen aus dem — 264; prämenstruelle Blutungen aus dem — 33; Schmerzparoxysmen, ausgehend vom — 39; septische Entzündungen im — 258, 343; gerichtsärztliche Begutachtung des — 82; ein neuer Reflex des — 401; der — bei Osteomalacie 453; motorische Reizerscheinungen im — 480, 496; angeborene Membran des — 448; Krankheiten des — 357, 493.
— Actinomycose des — 263.
— Amyloid des — 74, 122, 157.
— Angiom des — 350, 442, 464.
— Carcinom des — 34, 73, 76, 122, 123, 124, 145, 147, 184, 322, 351, 352, 353, 384, 401, 408, 443, 444, 467, 495, 497, 504, 505, 514, 529; Behandlung des — mit Radium 76, 228, mit Adrenalin 78, mit Röntgenstrahlen 227, endolaryngeale 358, mittels Laryngofissur 124, 126, 147, 184, 352, 365, 444, 495, 529; mit Laryngectomie 78, 123, 145, 228, 351, 354, 401, 443, 444, 452, 463, 503, 504, 514, 528, 529.
— Contusion des — 440.
— Chondrom des — 122.
— Endotheliom des — 38.
— Fibrom des — 188, 231, 311, 363; — von aussen operirt 120, 362.
Larynx, Fractur des — 65, 332, 440.
— Fremdkörper im — 157, 181, 184, 227, 305, 363, 444, 445.
— Keratose des — 33, 489, 536.
— Lipom des — 229, 344, 351.
— Lupus des — 263, 366, 401.
— Lymphangiom des — 43, 349.
— Myxom des — 75.
— Oedem des — 40, 190, 191, 218 (durch Verbrennung), 218 (bei Gelenkrheumatismus), 496, 498.
— Papillome des — 30, 31, 39, 121, 122, 310, 323, 350, 359, 499, harte — 351, eigenthümliche Degeneration von — 442, endolaryngeale Behandlung der — 31, 33, 34, 313, 442, Tracheotomie bei — 312, Laryngofissur bei 30, 323.
— Phlegmone des — 30.
— Phlebectasie des — 489.
— Polypen des — 84, 120, Histologie der — 349.
— Sarkom des — 132.
— Sklerom des — 128, 185, 265.
— Stenose des — 176, 191, 502, infolge Lues 35, infolge Tuberculose 83, acute — nach Infectionskrankheiten 175, infolge Geschwulstbildung 350, ungewöhnliche Ursache für — 176.
— Syphilis des — 35, 132, 188, 189, 263, 527, 528.
— Tuberculose des — 23, 24, 25, 189, 191, 219, 220, 303, 395, Laryngospasmus bei — 84, Perichondritis bei — 40, subglottische Veränderungen bei — 147, Complicationen der — mit Schwangerschaft 194, 219, 395, 396, 490, künstlicher Abort bei — 396, Behandlung der —: medicamentöse 24, 220, mit Tuberculin 395, mit Cauterisation 227, mit Inhalationen 24, 304, mit Röntgenstrahlen 74, 303, 457; mit Sonnenlicht 303, 304, 443, mit Laryngofissur 79, 219, 228, mit Tracheotomie 24, 304, 305, Diagnose der — 25.
— Tumoren des — 37, 40, 310, 349, 351, 442, Transformation der gutartigen — 311, 354, 441, Aetiologie der gutartigen — 349, Bildung eines — nach Halstrauma 349, Localisation eines subglottischen — 350.
— Ulceration des — 40.
— Varicen im — 73, 489.
— Verletzungen des — 31, 65, 394, 440, 441.

Lepra der oberen Luftwege 332.
Leukoplakie, Verhältniss der — zur Syphilis 115.
Lippen, Adenom der Schleimdrüsen der — 167; primäres Carcinom der — 187; Plastik der — 167.
Literatur, die laryngo-rhinologische des Jahres 1903 1.
Luftwege, Aerodynamik der — 102, 471; directe Untersuchungsmethoden der — 400; die — bei Hämoptoë 199; Fremdkörper in den — 157, 158, 454; peracute ödematöse Entzündung der — 156; erysipelatöse Entzündung der — 469, 539; Sepsis der — 257, 258, 286, 343; chronische Schleimhauthyperplasie in den — 470; motorische Reizerscheinungen in den — 480, 496.
— Amyloidtumoren der — 157.
— Krankheiten der — 50, 245, 332, 357, 369, 469; — und allgemeine Gesundheit 50; balneologische Behandlung der — 3; Hydrotherapie bei — 103; Radiumbehandlung der — 160; Wasserstoffsuperoxyd 159; Sauerstoffbehandlung bei — 471.
— Lepra der — 332.
— Neurosen der — 141, 470.
— Oedem der — 100, 470, 516.
— Operationen in den — 51, 288.
— Tuberculose der — und Nebenhöhlenerkrankung 429.
— Tumoren, maligne der — 50, 157.
— Xerose der — 156.
Lungentuberculose, der Kehlkopf bei — 23, 302; Zeichen für beginnende — 101; Behandlung der oberen Luftwege bei — 421; intratracheale Injectionen bei — 26, 266; Lungeninfusionen bei — 101.
Lupus der Mundrachenhöhle 40, 148, 232, 256, 366, 370.
— der Nase 57, 82, 232, 401; — des Kehlkopfs 263, 401; Behandlung des — mit Radium 407.
Lymphadenitis mit X-Strahlen behandelt 200; — und Tuberculose 370; — bei Rachenleiden 409.

M.

Makroglossie 256, 523.
Mandeln s. Tonsillen.
Mandibularhöhle, die — der Selachier 113.
Meningitis nasalen Ursprungs 132.
Mentholeinathmungen 3.
Mucin bei Rhinitis atrophicans 135, 246.
Mulyptol zur Diphtheriebehandlung 438.
Mundathmung 104, 405; Einfluss der — auf den hohen Gaumen 168.
Mundgeruch, der üble 435.
Mundhöhle, Infection der — 255; die — als Eingangspforte für Tuberculose 370; bösartige Tumoren der — 384, 385, 386, 436; Röntgenstrahlen zur Behandlung von Krebs der — 386; Lupus der — 403; Chirurgie der — 435.
Mycosis des Halses 481, 499.
Myxödem 307, 491; infantiles — 181; Schilddrüsenbehandlung bei — 70, 307.

N.

Nasale Athmung s. Nasenathmung.
Nasale Reflexneurosen 141, 270, 314, 315, 316, 323, 337, 375, 510, 518; Mechanismus der — 54; — des Trigeminus 250; Verhalten der markhaltigen Nerven bei — 518.
Nase, Entwickelung der — 51, 247, 248; Bildungsanomalie der — 248, 249; Secretionsmechanismus in der — 132; Fistel der — 190; Zusammenhang der — mit der Geschlechtssphäre 337, 375; adenoides Gewebe in der — 460; Vaccination der — 254, 255; tödtliche Operationen in der — 136; kosmetische Operationen an der — 162, 163, 456, 520 (s. a. Paraffin); Chirurgie der —, s. intranasale Operationen.
— Atresie der — 249, 322, 540.
— Aktinomycose der — 334.
— Carcinom der — 35, 161, 227, 293, 323, 336, 360, 365, 477, 503, 504.
— Diphtherie der — 118, 119, 526.
— Endotheliom der — 231, 476.
— Fremdkörper in der — 158, 376, 377, 403, 513, 536.
— Gliom der — 476.
— Lupus der — 82.
— knöcherner Tumor der — 365, 475.
— maligne Neubildung 78, s. a. Carcinom und Sarkom.
— Melanosarkom der — 88, 477.

Nase, Osteom der — 475.
— Papillome der — 475.
— Sarkom der — 88, 477 (Melanosarkom), 1, 365, 502.
— Syphilis der — 29, 204; Primäraffect 87, 467; Sequesterbildung bei — 132, 191, 322, 375.
— syphilitische Tumoren der — 476.
— Tuberculose der — 183, 320, 359, 511.
Näseln in Folge Muschelhyperplasie 77.
Nasenathmung, Bedeutung der — 53; Vergleich der — mit der Mundathmung 405; Insufficienz der — 54.
Nasenbluten 162; — bei adenoiden Vegetationen 208; nervöses — 162; Gelatine bei — 162.
Nasenflügel, Ansaugung der — durch Paraffinprothese corrigirt 37, 165; Dilatator für die — 466; Cyste der — 475.
Nasenintubation bei Diphtherie 214.
Nasenkrankheiten 269; Mittheilungen aus dem Gebiet der — 201; innere Therapie der — 472; — bei Kindern 201; Zusammenhang der — mit anderen Organen 132, 160, 294, 433, 506, 507, 518 (Gehirn), 160, 287 (Ohr), 161, 289, 309, 374, 434, 461, 518 (Auge), 314 (Kehlkopf- und Lungenaffectionen), s. a. nasale Reflexneurosen; Behandlung der — mit Salben 136.
Nasenmuscheln, Hyperplasie der — 77, 365; Papillom der — 187; Anschwellen der — während Schwangerschaft und Wochenbett 337; unblutige Chirurgie der — 458; radicale Chirurgie der — 458, 479.
— mittlere: Cysten der — 15; Knochenblasen der — 478.
— untere: Physiologie der — 81, 253, 478; Anomalie der — 254, Nekrose der — 56; Knochenblase der — 478; Tuberculose der — 30; Amputation der — 253, 458, 479; Galvanokaustik der — 253, 254.
Nasennebenhöhlen s. a. Highmorshöhle, Stirnhöhle, Siebbein und Keilbein. Anatomie der — 533; Endoskopie der — 106; Röntgenbilder der — 321.
— Bakteriologie der — 7; Knochencysten der — 8, 10, 290; Dehiscenzen der — 289; nicht eitrige Entzündung der — 106; Tumoren der — 106.
Nasennebenhöhlen, Empyem der — 8, 106, 107, 189, 190, 288, 290, 427, 428, 503, 509; Durchleuchtung zur Diagnose der — 81, 137; latentes — 43; — und Ozaena 137; — und Augenerkrankungen 289, 309, 432; — bei Kindern 428; — und Tic douloureux 429; Sepsis in Folge — 429; — bei Tuberculose der Luftwege 429; Saugtherapie bei — 472; Gehirnerkrankungen nach s. rhinogener Hirnabscess.
Nasenpolypen 187, 189, 334; Entstehungsweise der — 319; — als Ursache für Asthma 317, 318; Cystenbildung in den — 334; das Recidiviren der — 334; Resorption des Septum und der Muscheln durch — 359.
— Histologie der 38.
Nasenrachenraum, Veränderungen des — bei Schwangeren und Gebärenden 336; Blutcyste im 338; Borkenbildung im — 465; Membran im — 539.
— Carcinom des — 537.
— Catarrh des — 364, gichtischer 57, 114, Behandlung mit Formalin 364, balneologische Behandlung des — 57.
— Fibroenchondrom 78.
— Fibrom des — 32, 186, 187, 322, 340, 476.
— Lupus des — 148.
— Papillom des — 73, 187.
— Sarkom des — 37.
— Tumor des — 42, 106, 138, 233, 321, 339, 503, neue Methode zur Operation, Behandlung der — 339.
Nasenscheidewand, Angiosarkom der — 30.
— Carcinom der — 336.
— Deviationen der — 35, 192, 205, 206, 335, verursacht durch Gesichtsasymmetrie 139, Einfluss der Kieferdehnung auf — 451, operative Behandlung der — 206, 230, 335, 458, 459, submucöse Resection bei 229, 321, 336, 358, 366, 520, 521, 522.
— Erosionen der — und Gesichtserysipel 204.
— Geschwür der — 33.
— Hämatom der — 233, 336.
— Knochengeschwülste der — 204.
— Mischgeschwulst der — 30.

Nasenscheidewand, Polyp. blutender, der — 36, 81, 205, 231, 320, 323, 475.
— Syphilis der — 204.
— Tuberculose der — 359.
Nasenschleimhaut, Regeneration der — 56; feiner Bau der — 248; Schwellungszustände der — 56.
Nasenspiegel s. Instrumente.
Nasentamponade 480.
Nasenverkleinerungen 162.
Nasenverstopfung 104, 319; — und Zahncaries 104; latente — 188, 466; — und Veränderung des Geruchssinnes 374; Dilatation der Nasenlöcher bei — 466.
Nebenschilddrüsen, s. Schilddrüse, accessorische.
Neurosen der oberen Luftwege 141.
Niesen, der diagnostische Werth des 201; Physiologie des — 250.
Nystagmus des Rachens und Kehlkopfs 496.

O.

Oberkiefer, Cyste des — 75, 77, 430; Hyperostose des — 107; sarkomatöse Epulis des — 167; Nekrose des — 292; Fractur des — 430.
Oesophagismus 492.
Oesophagoskopie 67, 143, 222, 308, 355, 356, 449, 450, 491, 492, 494; — zur Probeexcision 362; — zur Dilatation von Narbenstenosen 492.
Oesophagitis 267.
Oesophagotomie wegen Fremdkörper 28, 357, 449, 532.
Oesophagus, angeborener Verschluss des — 71, 130; erworbener Verschluss des — 270; Chirurgie des — 532.
— Carcinom des 36, 308, 493.
— Dilatation, diffuse, des — 222.
— Divertikel des — 28, 79, 131, 308, 399.
— Fistel des — 130, 188, 399, 532.
— Fremdkörper im — 28, 71, 131, 188, 222, 309, 356, 357, 448, 449, 450, 506, 539.
— Pemphigus des — 28.
— Polypen des — 344.
— Ruptur des — 357.
— Sondirung des — 130, 268, 308, 499.
— Spasmus des — 222, 492.
Oesophagus, Strictur des — 71, 182, 268, 270, 323, 398, 399, 492, 493.
— Tuberculose des — 182.
— Verbrennung des — 499.
Olfactometer 53, 373.
Olfactometrie 249.
Ozaena, Aetiologie der — 57, 137, 252, 474; die — im Kindesalter 42; Beziehungen der — zur Lungentuberculose 137; die Bildung des Secrets bei der — 474.
— Behandlung der — mit Paraffininjectionen 58, 252, 407, 473, mit Finsenlicht 58, mit Diphtherieserum 253, mit Ausspülungen; s. a. Rhinitis atrophicans.
Ozaena trachealis s. Ozaena.

P.

Pachydermia laryngis 192, 489.
Paraffinprothesen 5, 6, 75, 158, 159, 164, 165, 319, 375, 376; — mit kalten Paraffininjectionen 76, 159. 323; Spritzen für — 76, 501.
— bei Rhinitis atrophicans 6, 58, 252, 407.
— bei Gesichtshemiatrophie 80.
— nach Nebenhöhlenoperationen 511.
— bei Ansaugung der Nasenflügel 37, 165.
— Gefahren der — 6, Amaurose nach — 376.
Parageusie 249.
Parathyroiddrüsen 26, 398; Tumor der — 355.
Parosmie 53, 249.
Parotis, Secretionsthätigkeit der — 481; Tumor der — 230.
Parotitis 18, 19, 341, 481; Complication der — 171; die — als Berufskrankheit der Glasbläser 482.
Pemphigus des Rachens 359.
Penghawar 158, 227.
Perichondritis, tuberculöse — des Larynx 40, 174; nach Typhus 140, 174, 175, 527; bei Syphilis 191.
Peritonsillitis 227, 382; Guajactinctur bei — 74; chirurgische Behandlung der — 298.
Pharyngitis, Behandlung der — mit Thoriumnitrat 371.
— granulosa 114; Beziehung der — zur Tuberculose 114.
— lateralis 114.

Pharyngotomia transhyoidea 229; zur Blosslegung des Kehlkopfseingangs 352.
Pharynx, Entwickelung des — 113, 381; Röntgenbild des — 223; Missbildung des — 34, 171 (angeborene Fistel); septische Entzündung im — 257, 258, 343; motorische Reizerscheinungen im — 480, 496.
— Carcinom des — 145, 384, 385, 386.
— Divertikel des — 131.
— Lipomatose des — 344.
— Lupus des — 148, 256 (mit X-Strahlen behandelt).
— Mycosis des — 481, 499.
— Neurosen des — 141.
— Oedem — des 34.
— Pemphigus des — 359.
— Sarkom des — 387, 537.
— Strictur des — 170, 343, 363, 506.
— Syphilis des — 132.
— Teratom des — 408, 409.
— Tuberculose des — 30, — beim Kinde 114.
— Ulceration des — 40, 191, 257.
Phonation, die Localisation der — in der Hirnrinde 47; Bedeutung der Athmung für — 71.
Pollantin s. Heufieberantitoxin.
Posticuslähmung 35, 39.
— doppelseitige — 192, 393.
Prolaps des Sinus Morgagni 78, 537.
Pseudocroup 217; s. a. Laryngismus stridulus.
Pseudodiphtherie mit Streptokokken 214.
Purpura haemorrhagica, Nasenrachenhämatom bei — 338.

R.

Rachen s. Pharynx.
Rachenkatarrh s. Pharyngitis.
Rachenmandel, Abscess der — 378.
— Vergrösserung der —, s. adenoide Vegetationen; Tuberculose der — 377, 467.
Radium, therapeutische Anwendung der — 160, 169, 228, 343, 370, 371, 407, 532, 540.
Ranula, angeborene — 167.
Recurrens, Resection des — 83; centripetale Leitung des — 392.
Recurrenslähmung bei Mitralstenose 65, 393, 505; — in Folge Bleiintoxication 194; — in Folge Schilddrüsentumor 366; Fälle von — 32, 36, 42, 87, 183, 186, 216, 232, 394.
Reflector, s. u. Instrumente.
Reflexneurosen, s. nasale und laryngeale Reflexneurosen.
Retropharyngealabscess und Diphtherie 85, 525; Behandlung des — 338.
Rheumatismus, Hals als Eingangspforte beim — 259; Erscheinungen des — von Seiten der Nase 334; Beziehungen des — zur Angina 482.
Rhinitis, s. a. Coryza; nach Platingebrauch 57; peracute ödematöse — 156; schwere — beim Kinde 333.
— atrophicans 58; Mucin bei — 135, 246; Paraffininjection bei — 58.
— caseosa 187, 188, 460.
— hypertrophicans 253, 365; — mit Thoriumnitrat behandelt 371.
— lupöse 57.
— rheumatica 334.
— vasomotoria 55.
— vegetans 80, 333.
Rhinogener Hirnabscess 160, 294, 433, 456, 499, 506, 507.
Rhinorrhoea cerebrospinalis 472, 473, s. a. Hydrorrhoea.
Rhinosclerom 185, 322, 474, 475, 539, 540; Vorkommen des — in Deutschland 156, 474; s. a. Larynxsclerom.
Rhinolith 323, 377.
Rhinophantom, ein neues — 166.
Rhinophym 161, 424; Behandlung des — mit Galvanokaustik 424.
Rhinoplastik 163, 164, s. a. Nase.
Riga'sche Krankheit 255.
Ringknorpel, Epitheliom des — 34, 36; Ulcerationen der — Gegend 69, 175; Anchylose des — mit dem Thyreoidknorpel 227; Fractur des — 332.
Röntgenstrahlen, therapeutische Anwendung der — 145, 148, 200, 227, 256, 303, 386, 474, 481, 491, 531; — zur Durchleuchtung von Kopf und oberen Luftwegen 222, 223, 371.
— zur Auffindung von Fremdkörpern 356.
Rotz, ein Fall von zweifelhaftem — 38.

S.

Sängerknötchen 313, 314, 360.
Salbenbehandlung bei Nasenkrankheiten 136.
Sattelnase, Operationen an der — 163, 164; s. a. Paraffin.
Sauerstoffbehandlung der oberen Luftwege 471.
Scharlach, Bakteriologische Halsuntersuchung bei — 114.
— Angina bei — 214; Stirnhöhlenempyem nach — 366; Diphtherie bei — 389.
Saugtherapie bei Nasenkrankheiten 472.
Schilddrüse, Anlage der — 267, 397; Gefässe der — 73; accessorische 70, 129; ein Fall von Reduction der — 181; die — bei Cretins 354; Teratom der — 531; Tumor der — und Recurrenslähmung 366; Pfropfungen der — 26, 128, 354; Chirurgie der — 70, 267, 355, 491; Abscess der — 466.
— Cyste der — 129, 200.
— Erkrankungen der — 129; s. a. Struma.
— Exstirpation der — 26.
— Sarkom der — 70.
Schildknorpel, Fractur des — 440; Dislocation des — 441.
Schlucken 167; Athembewegung beim — 166.
Schlundtaschen, die — der Amphibien 255.
Schmecken, nasales 249, 250.
Schnupfen s. Coryza.
Sclerom s. Rhinosclerom.
Seitenstränge, Tuberculose der — 114, s. a. Pharyngitis lateralis.
Septische Entzündungen in den oberen Luftwegen 257, 258, 343.
Siebbein, Cyste des — 463; Mucocele des — 86, 478; Nekrose des — 367; Sarkom des — 504; Tumoren des — 84, 295.
Siebbeinempyem 16, 111, 190, 229, 295.
— Orbitalabscess in Folge — 111; Sinusthrombose als Complication des — 112.
— bei Kindern 428; Methode zur Operation des — 465.
Siebbeinzellen, Anatomie der hintern — 41; Verhältniss der hintern — zum N. opticus 113, 295, 309.
Spasmus glottidis 142, 143.
Speichelcyste 81.
Speicheldrüsen, Regeneration an den — 17; psychische Erregung der — 17; Hypertrophie der — 18.
— Erkrankungen der — 18, 170.
— Sarkom der sublingualen — 341.
Speichelgang s. Ductus Stenonianus.
Speichelstein 18, 170, 467; — im Stenon'schen Gang 341.
Spirochaeta pallida 402.
Sprache, Theorie der — 347; verzögerte Entwickelung der — 23, 392; Bedingungen für normale — 215.
Sprachstörungen 23, 215, 347, 391, 392.
— sociale Bedeutung der — 216; Behandlung der — in der Schule 391; s. a. Stottern.
Sterilisirapparat, ein neuer 501.
Stimme, Physiologie der — 390, 541 absolute Intensität der — 406; Kräftigung der — durch Commandiren 495.
Stimmband s. a. Larynx; Perforation des — 230; die Drüsen des — 390; einseitige Erkrankungen des — 453.
— Fibrom des — 37.
— Haematom des — 66.
— Polyp des — 84; Cystenbildung in dem — 334.
Stimmbandlähmungen 33; s. a. Recurrenslähmung, Posticuslähmung.
Stimmfremitus am Bauch 347.
Stirnhöhle, Anatomie der — 14, 113, 294, 432, 540; Missbildung der — 225, 294, 433; Zweitheilung der — 29, 30, 108, 109; Röntgenaufnahmen der — 73; Cyste der — 109; Leukämie der — 109; — Schussverletzung der — 109; Carcinom der — 295, 539; Sarkom der — 109.
Stirnhöhlenempyem 14, 15, 186, 225, 226, 294, 295, 433, 456.
— Hirnabscess nach — 160, 294, 433, 456, 499, 506, 507.
— Naseninhalationen bei — 42.
— Orbitalabscess in Folge — 111, 225, 434.
— Operation der — 15, 112, 185, 203, 225, 433, 434, nach Killian — 72, 110, 190, 226, 294, 427, 434.
Stomatitis, — ulcerosa 382, 384, 525; — gonorrhoica 435.

Stottern 347, 348, 391, 408; — und Aprosexia nasalis 108; Ursachen und Heilung des — 215; hysterisches — 348.
Stovain 5, 160.
Stridor congenitus 88, 461, 462.
Struma, die — in Pennsylvanien 129; — in Monte Celio 221; — in der Provinz Turin 447; ein Fall von — vasculosa 408; Knochenbildung in — 491.
— Jodkataphorese bei — 221; Borsäurebehandlung des — 267; chirurgische Behandlung des — 70, 267, 491; Radiumbehandlung der — 371; Behandlung der — mit Röntgenstrahlen 491, 531; des Zungengrundes s. Zungengrund; intratracheale — 265.
Stummheit, hysterische 348.
Suprarenin s. Adrenalin.
Sympathicus, Durchschneidung des — beim Morbus Basedow 408.

T.

Tabak, Wirkung des — auf den Hals 146.
Tabes, Kehlkopfaffectionen bei — 216.
Tetanus in Folge Fremdkörper in der Nase 403.
Thiosinamin bei Speiseröhrenverengung 268, 323.
Thoriumnitrat zur Behandlung von Pharyngitis und Laryngitis 371.
Thränendrüsen, Entzündung der — nasalen Ursprungs 375; zur Lehre von der Secretion der — 381.
Thränennasengang s. Ductus nasolacrymalis.
Thränensackeiterung 461, 465.
Thymus, Exstirpation der — bei Thieren 422; Beziehung der — zu den Geschlechtsorganen 422; Lymphosarkom der — 423.
Thymustod 141.
Thyreotomie s. Laryngofissur.
Thyroidectomie s. Schilddrüse.
Thyreoidismus, experimenteller — 221; postoperativer — 355.
Tonsilla pendula 60.
Tonsille, Function der — 296; Autoclasie der — 297; Knorpelbildung und Knochen in der — 59, 146, 297; Leukocytendurchwanderung in der — 464; Streptokokken auf normalen — 59; spontane Blutung aus der — 299; — versuchte — 61, 229; Schlitzung der — 189.
— Actinomycose der — 298, 363.
— Carcinom der — 38, 59, 385.
— Hypertrophie der — 61, 297, 463, Evulsion bei — 74, Schlingenoperation der — 61, 229, s. a. Tonsillotomie.
— Knochengeschwulst der — 297.
— Lipom der — 60, 297, 321.
— Sarkom der — 59, 60, 75, 299, 361, 365.
— Schanker der — 190, 298, 485, 538.
— Tuberculose der — 298, 483, 484.
— Tumoren der — 59, 299, börartige beim Kinde 60.
Tonsillitis, s. a. Angina.
Tonsillotom s. Instrumente.
Tonsillotomie 61; Indicationen zur — 74; Blutungen nach — 299, 405; nervöse Störungen nach — 299.
Trachea, Deformitäten der — 178, 264; Veränderung der — nach Tracheotomie 409; Fibrinausgüsse der — 178; Resection der — 265; Verstopfung der — durch Lymphknoten 179.
— Amyloid der — 122.
— Abscess der — 530.
— Carcinom der — 453, 530.
— Fibroadenom der — 128.
— Fremdkörper in der — 180, 362, 454, s. a. Tracheoskopie.
— Ozaena, primäre der — 264, 364.
— Papillome der — 504.
— Perforation der — 28, 179, 188, 265, 399.
— Ruptur der — 179.
— Sarkom der — 499.
— Stenose der — 179, 266, 403, 407, 502.
— Strumen in der — 265.
— Trauma der — 79, 179, s. a. Perforation.
— Tuberculose der — 189, 220.
— Tumoren der — 128, 499, Beziehungen der — zu versprengten Schilddrüsen 129.
Tracheoskopie 66, 67, 74, 362, 400.
Tracheotomie bei Croup, s. Croup; — bei Larynxtuberculose 304, 305, 490; — bei Kehlkopfpapillomen 312; — wegen schwerer Rhinitis beim Kinde 333; — beim Nasenrachenfibrom 340.

Tubage, perorale 457, 529.
Tuberculin, Wirkung des — auf die oberen Luftwege 3; — zur Behandlung der Larynxtuberculose 395.
Tuberculose, Eingangspforte der — bei Kindern 370.
Typhus, Strictur des Oesophagus bei — 182; — Perichondritis nach — 140, 174, 175, 527.
Typhusbacillen im Sputum 100.

U.

Urticarielles Oedem 100.
Uvula, Theilnahme der — am Schmecken 255; acute Entzündung der — 538; Oedem der — 34; Zerstörung der — durch Vincent'sche Angina 210; Ansaugen der — als Ursache der Larynxstenose 176; Carcinom der — 386, 499; Adenom der — 538.

V.

Vaccination, zufällige der Nase 254.
Vagus, Quetschung des — 332; Lähmung des — 42, 360.
Ventriculus Morgagni, Morphologie des — 487; Prolaps des — 78, 537; Aufblähung des — bei der Phonation 542.
Vincent'sche Angina s. Angina.
Vincent'sche Bacillen bei ulceröser Laryngitis 86.

W.

Wange, Tumor der — 167; Carcinom der — 385; Plastik der — 435; Lymphectasien der — 435.
Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege 159.

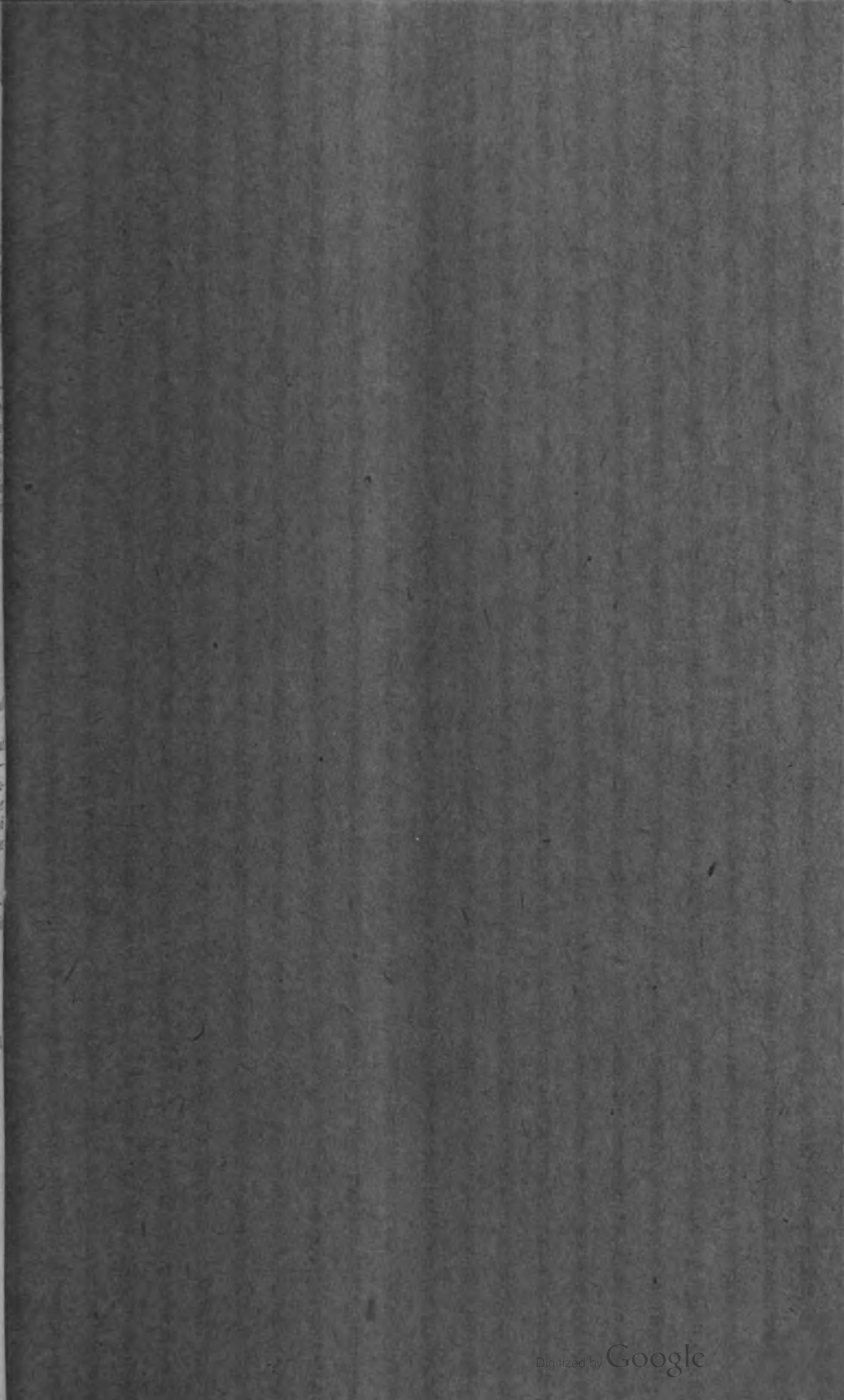
X.

Xerose der oberen Luftwege 156.

Z.

Zahncyste 77, 430.
Zähne, verirrte — in der Nase 376.
Zahnerkrankungen und Nasenverstopfungen 104; — und Allgemeinerkrankungen 288.
Zahnfleisch, Lupus des — 40; Tuberculose des — 403; angeborene Geschwulstbildung am — 429.
Zäpfchen s. Uvula.
Zunge, anormale Beweglichkeit der — 79; Musculatur der — 340; angeborene Dystrophie der — 523; Verhalten der — bei Myopathie 341; Nervenendigungen in der — 19; Sinnesempfindung in der — 340; die schwarze — 341; die Hemiatrophie in der — 436, 502.
— Amyloidtumoren der — 157.
— Angiom der — 437.
— Carcinom der — 85, 257, 437.
— Entzündung der — s. Glossitis.
— Leukoplakie der — 115.
— Sarkom der — 19, 523.
— Syphilis der — 189.
— Tuberculose der — 437, 539.
— Tumoren, bösartige, der — und Lymphdrüseninfection 115, 257.
Zungenbasis, accessorischer Kropf auf der 117, 524; Dislocation der — durch Halstumoren 116; maligne Tumoren der — 256; Verwachsung der — mit der hinteren Pharynxwand 363; Abscess der — 455; Tumor der — 523.
Zungenspatel s. Instrument.
Zungentonsille, Hypertrophie der — 20, 71, 111, 436; Tonsillotom für die — 20.
— Carcinom der — 20.
— Cyste der — 116.
— Papillom der — 524.
— Sarkom der — 256.
Zwischenkiefer, Sequester des — 191.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.





Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh) **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Zweiundzwanzigster Jahrgang.
(Januar—December 1906.)

Berlin, 1906.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

Die rhino-laryngologische Literatur des Jahres 1904 1
Ueber die Urheberschaft der Laryngoskopie 205
Zum 70. Geburtstage Bernhard Fränkel's 411

II. Referate.

Ss. 2—25, 39—67, 81—105, 123—153, 166—194, 209—234, 243—268, 284—311, 321—347, 359—386, 412—435, 447—473.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

Charles H. Knight A. M. M. D., Die Krankheiten der Nase und des Halses. Besprochen von Emil Mayer 106
A. v. Sokolowski, Klinische Vorlesungen über Krankheiten der Athmungsorgane. III. Bd. I. Theil: Krankheiten des Bauchfells und Mediastinum. II. Theil: Lungenschwindsucht. Besprochen von J. Sendziak 269

b) Monographien und grössere Aufsätze:

F. Röpke, Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen. Besprochen von Zarniko 26
Th. S. Flatau, Die functionelle Stimmschwäche (Phonasthenie) der Sänger, Sprecher und Kommandorufer. Bespr. von Bukofzer . 105
Herbert Richardson, Die Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. Besprochen von Emil Mayer 107
Ziliacus, Die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopf. Besprochen von Jörgen Möller . . . 107
C. Jersild, Syphilis im Munde und Schlunde. Besprochen von Schmiegelow 269
H. Lanz, Wie sollen wir sprechen.
R. Hennig, Lerne gesundheitsmässig sprechen.
H. Gutzmann, Stimmbildung und Stimmpflege. Besprochen von A. Kuttner 311
W. Oltuszewski, Ueber die Sprache und ihre Störungen. Besprochen von A. v. Sokolowski 386
August Most, Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses in ihrer Bedeutung für die Chirurgie. Besprochen von A. Kuttner 387

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

British Medical Association. Jahresversammlung von 1904 und 1905. Bericht von Yonge und F. W. Bennett 27, 194
Gesellschaft ungararischer Ohren- und Kehlkopfärzte. Sitzungen vom 27. April, 24. Mai, 19. October, 28. November 1905. Ber. von v. Navratil 30, 201, 354
Londoner Laryngologische Gesellschaft. Sitzungen vom 3. Februar, 7. April, 5. Mai, 2. Juni, 3. November, 1. December 1905, Februar 1906. Bericht von E. B. Waggett 31, 156, 349, 441

Seite

77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. September 1905. 78. Versammlung Stuttgart 1906. Bericht von Westerman und Rau 67, 474
Pariser Gesellschaft für Laryngologie, Rhinologie und Otologie. Sitzungen vom 11. November, 9. December 1904. Bericht von A. Cartaz . . 69
Jahresversammlung der französischen Gesellschaft für Otologie und Rhinologie. Sitzungen vom 8. bis 11. Mai 1905. Bericht von Trivas 71
Dänischer oto-laryngologischer Verein. Sitzungen vom 27. September 1905, 14. Februar, 28. März, 2. Mai, 9. December 1906. Bericht von Jörgen Möller 110, 313, 477
American Laryngological Association. XXVII. Jahresversammlung. Bericht von Emil Mayer 111
Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. Sitzungen vom 30. April, 26. November 1905. Bericht von Moses 153, 356
British Laryngological, Rhinological and Otological Association. Sitzung vom 13. Januar 1905. Bericht von E. B. Waggett 200
Berliner laryngologische Gesellschaft. Sitzungen vom 26. Januar, 9. Februar, 23. Februar, 23. März, 4. Mai, 15. Juni 1905. Bericht von A. Rosenberg 234, 347, 444
IX. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie. Sitzung vom 24. October 1905.Bericht von Finder . . 236
Belgische oto-laryngologische Gesellschaft. Sitzung vom 10. December 1905, 9. und 10. Juni 1906. Bericht von Bayer 270, 390
Wiener laryngologische Gesellschaft. Sitzungen vom 8. November, 6. December 1905, 10. Januar, 7. Februar, 7. März 1906. Bericht von Chiari-Hanszel 315, 439
Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Sitzung vom 28. und 29. October 1905. Bericht von H. Burger 317
Gesellschaft sächsich-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte. Sitzung vom 19. Mai 1906. Bericht von Barth 409
XIII. Versammlung süddeutscher Laryngologen. Sitzung vom 4. Juni 1906. Bericht von Blumenfeld 435

V. Nekrologe.

Manuel Garcia 281
A. L. Cadier 204
W. R. H. Stewart 204
Wladislaw Wróblewski 240

VI. Briefkasten.

Personalnachrichten S. 79, 121, 166, 240, 280, 480. — Die Zukunft der internationalen Congresse und die Laryngologie S. 79, 242. — Internationaler Laryngo-Rhinologencongress zu Wien S. 121, 165, 445. — American Laryngological Society S. 122. — Manuel Garcia's 101. Geburtstag S. 164. — Gründung der Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte S. 164. — Voreinladung des Vereins süddeutscher Laryngologen S. 165, 240. — 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte S. 202. — British Medical Association S. 203. — Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia S. 241. — Ein neues Centralorgan für Stimm- und Tonbildung S. 280. — Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Königsberg S. 320. — Bernhard Fränkel's Geburtstag S. 410, 478. — XVI. Internationaler medicinischer Congress Budapest 1909 S.. 478.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Januar. 1906. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1904.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	67	185	118	36	118	20	55	564
Deutschland	47	110	53	12	72	10	15	319
Grossbritannien und Colonien	12	65	41	9	68	7	11	213
Frankreich	15	46	40	12	39	14	12	178
Oesterreich-Ungarn	10	60	21	5	51	3	2	152
Belgien und Holland	7	31	15	10	21	5	4	93
Italien	8	15	23	5	24	6	5	86
Spanien	6	14	15	1	18	—	4	58
Skandinavien	4	12	4	8	9	—	4	41
Russland	3	10	3	5	8	—	6	35
Polen	2	9	3	4	7	—	4	29
Schweiz	1	4	2	3	6	2	1	19
Zusammen	182	561	333	110	441	67	93	1787

Zu der diesmaligen Statistik sei bemerkt, dass aus Russland und Polen seit mehreren Monaten in Folge der politischen Verhältnisse keine Berichte geliefert werden konnten. — Vom nächsten Jahre an werden auf mehrfach geäusserten Wunsch die Statistiken von Oesterreich und Ungarn, sowie diejenigen von Belgien und Holland von einander getrennt werden.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) Literatur zum hundertsten Geburtstage Manuel Garcia's.

O. Chiari. Sennor Manuel Garcia der Hundertjährige. *Wien. klin. Wochenschrift. 1905. Jahrg. 18. S. 289—291.*

J. W. Farlow. Manuel Garcia. *Boston med. and surg. Journ. 1905. Vol. 152. p. 445—450.*

P. Heymann. Manuel Garcia und die Erfindung des Kehlkopfspiegels. *Berl. klin. Wochenschr. 1905. No. 42. S. 364.*

A. Mühlberger. Dr. Manuel Garcia. *Münch. med. Wochenschr. 1905. Jahrgang 52. S. 656.*

J. E. Newcomb. Manuel Garcia. Teacher, Discoverer and Man. *Medical Record New York. 1905. Vol. 67. p. 441.*

H. Gutzmann. Manuel Garcia. *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. 1905. 25. Jahrg. S. 236.*

F. Semon. Zum hundertsten Geburtstag Manuel Garcia's. *Dieses Centralbl. 1905. S. 91.*

J. KATZENSTEIN.

2) **A. Fallas. Statistik der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitales in Brüssel (Abtheilung von Dr. Delsaux). (Relevé statistique du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital St. Jean de Bruxelles [Service du Dr. Delsaux].)** *La Presse Oto-Laryngologique Belge. No. 4. 1905.*

Im Jahre 1904 wurden 11298 Consultationen gegeben; davon waren 2083 neue Patienten; 994 mal wurden grössere und kleinere Interventionen vorgenommen.

Die Affectionen betrafen: I. Die Ohren, II. die Nase mit Adnexen, III. den Pharynx, IV. den Larynx, V. den Mund mit Mundadnexen und VI. verschiedenartige Affectionen (Schilddrüse, Oesophagus, Parotis, Lymphdrüsen etc.).

BAYER.

3) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Oto-rhino-laryngologie als Studienfach für den künftigen Arzt. (De keel-neus-oorheelkunde als studievak voor den aanstaanden arts.)** *Amsterdam 1905.*

Akademische Antrittsvorlesung als ausserordentlicher Professor der Oto-Rhino-Laryngologie. B. schildert die Bedeutung dieser Fächer in praktischer und wissenschaftlicher Beziehung, namentlich ihr Verhalten zu der übrigen Medicin. Er vertheidigt die Nothwendigkeit des obligatorischen Studiums dieser Fächer für alle Mediciner und erörtert mehrere einschlägige Fragen, wie die von ihm befürwortete Zusammengehörigkeit dieser drei Disciplinen, die Nothwendigkeit klinischer Abtheilungen u. s. f.

H. BURGER.

4) **John Mackenzie. Die Zukunft des Kehlkopfspiegels und das Studium der Laryngologie. (The future of the Laryngoscope and the study of Laryngology.)** *N. Y. Medical News. 22. Juli 1905.*

Eine Wiedergabe der vor der New York Academy of Medicine am 17. März zur Feier von Manuel Garcia's hundertjährigem Geburtstag gehaltene Ansprache,

die in sehr schwungvoller und begeisterter Weise Ausblicke in eine grosse Zukunft der Laryngologie giebt.

LEFFERTS.

5) **Max Herz** (Wien-Meran). **Eine einfache Methode der pneumatischen Therapie von Erkrankungen der Respirationsorgane.** *Wien. med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Mittelst des vom Autor angegebenen Apparates werden rasch und rhythmisch aufeinander folgende Druckschwankungen im Thoraxraum hervorgerufen, indem der Patient durch ein Glasrohr resp. einen Schlauch athmet, wobei der Athmungsluftstrom während der ganzen Behandlung eine Reihe von regelmässig aufeinander folgender Unterbrechungen erfährt. Der Athmungsluft können nun medicamentöse Substanzen beigefügt werden und haben sich namentlich die Balsamica bei acut entzündlichen Erkrankungen der oberen Luftwege bewährt.

CHIARI.

6) **Jvar Bagge** (Götheborg). **Mittheilungen über die Behandlung von Cancer mittels Röntgenbestrahlung. (Meddelanden om behandling af Kancer med Röntgenbestraaling.)** *Hygiea. S. 171. 1905.*

Unter den vielen Fällen von Cancer, die der Verf. mittels Röntgenstrahlen mit ausgezeichnetem Erfolge behandelt hat, theilt er mehrere Fälle von Carcinom der Nase und der Lippe mit, wo vollständige Heilung erreicht ist.

E. SCHMIEGELOW.

7) **Einhorn** (New-York). **Radiumbehälter für den Magen, Oesophagus und Rectum.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 18. 1904.*

Zur Behandlung von malignen Erkrankungen des Oesophagus mit Radiumstrahlen dient zur Aufnahme des Radiums eine Olivenkapsel von Glas, Aluminium und Hartgummi, die auf eine Bougie aufgeschraubt werden kann. Dergestalt kann die Radiumkapsel an die betreffende Stelle der Schlundröhre geschoben und längere Zeit liegen gelassen werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

8) **M. Kálmán** (Budapest). **Ueber die blutstillende Wirkung der Gelatine.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 10. Beilage. 1905.*

Verf. hat die Merck'sche sterilisirte Gelatine-Lösung in 6 Fällen, darunter 4 mal mit Erfolg angewendet. In einem Falle von Nasenbluten bei Purpura war die Wirkung geradezu lebensrettend zu nennen. Die Injectionen sind unter die Haut des Bauches oder der Brust applicirt worden.

v. NAVRATIL.

9) **Hans Vörner.** **Kaliumpermanganat als billiges locales Haemostaticum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Autor empfiehlt das Kaliumpermanganat als vorzügliches Hämostatikum, auch bei Schleimhautblutungen. Er wendet dasselbe in Pulverform, in concentrirter wässriger Lösung und — am zweckmässigsten — in Pastenform an.

HECHT.

10) **E. Pollatschek.** **Die Nasen- und Kehlkopfkranken des Königin Elisabeth-Sanatoriums (für Tuberculöse) im Jahre 1904.** *Beilage zu No. 24 des Orvosi Hetilap. 1905.*

Bei der Krankenuntersuchung erwies sich die Untersuchung bei Sonnenlicht

für sehr zweckmässig; geringe Veränderungen in Farbe und Gestalt waren bei demselben zu erkennen. Bei der Therapie des Kehlkopfes wurde die Sorgo'sche Methode (Reflectiren von Sonnenstrahlen in den Kehlkopf) in Gebrauch genommen. Bei der Untersuchung wurden entsprechende Masken verwendet.

v. NAVRATIL.

11) **L. Grünwald** (München). **Mittheilung über einige Instrumente.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 181.*

Beschreibung und Abbildung der bei Tiefenhofer oder Katsch in München erhältlichen Instrumente: 1. Polypenzange, 2. Zange zur Abtragung der medialen Wand der Kieferhöhle, 3. scharfzinkiger Haken zum Aufziehen des oberen Lappens bei der Aufmeisselung der Kieferhöhle, 4. scharfer Doppellöffel zur Operation subchordaler Gewächse.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **B. Kormann. Ueber den Bau des Integuments der Regio narium und der Wand des Nasenvorhofes der Haussäugethiere mit besonderer Berücksichtigung der daselbst vorkommenden Drüsen.** *Diss. med. vet. Giessen 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

13) **F. Charlton. Beitrag zur Kenntniss der epithelialen Auskleidung des Vestibulum nasi des Menschen und der Säugethiere. 5. Theil.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 49. H. 2. S. 143—146.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

14) **W. Lubosch. Die Entwickelung und Metamorphose des Geruchsorganes von Petromyzon und seine Bedeutung für die vergleichende Anatomie des Geruchsorganes.** *Jenaische Zeitschr. f. Naturwiss. Bd. 40. N. F. Bd. 33. H. 1. S. 95.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

15) **V. Schmidt. Zur Frage über die laterale Nasendrüse bei Säugethieren.** *Anat. Anz. Bd. 75. No. 14/15. S. 355.*

Die laterale Nasendrüse entwickelt sich bei Mäuseembryonen aus dem Epithel des vorderen Abschnittes der Nasenhöhle an der Grenze gegen den Vorhof, jedoch noch im Bereich des Nasenhöhlenepithels zunächst als eine dorsale Epithelausstülpung; dieselbe wächst alsdann zu einem sagittal verlaufenden Ausführungsgang aus, welcher sich allmählich von der dorsalen Wand der Nasenhöhle zu der lateralen begiebt und sich allmählich auf seinem Verlauf choanenwärts tiefer ventralwärts senkt, bis er den Sinus maxillaris erreicht, in dessen lateraler und unterer verdickter Wand er eine grosse Zahl von kugelig erweiterten Drüsenacini bildet, die sich auch noch secundär verästeln.

J. KATZENSTEIN.

16) **John N. Mackenzie. Bemerkungen über einige Missbräuche in der intranasalen heutigen Chirurgie. (Remarks on some abuses in the intranasal surgery of to-day.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Januar 1905.*

Eine summarische Betrachtung über gewisse Auswüchse der intranasalen Chirurgie. LEFFERTS.

17) **Willis S. Anderson. Die Galvanokaustik in der Behandlung der Nasenkrankheiten. (The passing of the galvano-cautery in the treatment of diseases of the nose.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Die Galvanokaustik ist in der Vergangenheit sehr werthvoll gewesen, sie hat auch heute noch ein beschränktes Feld, auf dem sie zur Anwendung gelangt, im Allgemeinen besitzen wir jedoch heute bessere Methoden, die ihr vorzuziehen sind. EMIL MAYER.

18) **G. P. Head. Die Behandlung chronischer obstruirender Rhinitis. (The treatment of chronic obstructive rhinitis.)** *Chicago Medical Recorder. 15. April 1905.*

In einem Fall war keine Ursache für die Klagen des Patienten auffindbar und Verf. war geneigt, eine rein nervöse Störung anzunehmen. Nachdem der Patient jedoch eine Stunde lang gelegen hatte, war die hintere Muschel so geschwollen, dass sie die Nase völlig verlegte. Verf. ist ein Freund der Galvanokaustik; bei Septumdeviationen liefert ihm die Asch'sche Operation sehr befriedigende Resultate. EMIL MAYER

19) **A. Edmunds** (London). **Eine Bemerkung über Rhinitis caseosa. (A note on rhinitis caseosa.)** *Brit. Med. Journal London. I. 180. 1905.*

In einem vom Verf. gesehenen Fall enthielten die käsigen Massen fast kein Fett und wirkliches Cholestearin an Stelle von Isocholestearin. Nach Veraschung blieb ein aussergewöhnlicher Rückstand zurück, der hauptsächlich aus Calciumphosphat bestand; mikroskopisch sah man die nadelförmigen Krystalle dieses Salzes. Es fanden sich weder Epithelzellen noch sonstige organisirte Gebilde ausser einigen Fäden eines undefinirbaren Pilzes. Der Verf. sieht eine Analogie in dem chronischen Katarrh der Gallenblase, bei dem es gleichfalls zur Bildung von Steinen kommt, die Kalksalze und Cholestearin enthalten. JAMES DONELAN.

20) **L. M. Brown. Zwei Fälle von Rhinitis atrophicans mit Acetozon behandelt. (Two cases of atrophic rhinitis treated with Acetozone.)** *Medicine. December 1904.*

Verf. hat in seinen Fällen Besserung erzielt durch Anwendung einer Mischung von einem Theil Benzoyl-Acetylperoxyd (Acetozon) zu drei Theilen Petroleum und einigen Tropfen Ol. Gaultheriae. PAUL RAUGÉ.

21) **Frank Woodbury. Einige practische Bemerkungen über Nasenbluten. (Some practical notes on epistaxis.)** *The American Therapist. Januar 1905.*

Bei der Behandlung des Nasenblutens dürfen die Gebote der Antiseptik

nicht vernachlässigt werden; in jedem Fall muss eine genaue Inspection des Naseninnern vorgenommen und je nach dem Befund die Behandlung eingerichtet werden.

EMIL MAYER.

22) **Notiz des Herausgebers. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical News. 14. Januar 1905.*

Rp. Adrenal. hydrochlor. 0,03
Acid. boric. 3,00
Aq. cinnamomi
Aq. camphorat. ana 40,00
Aq. dest. ad 90,00.

M. D. S. Anwärmen und mittels Tropfglas einträufeln.

LEFFERTS.

23) **F. Barberá** (Valencia). **Ein Fall von hartnäckiger Epistaxis. (Case de epistaxis rabalde.)** *Revist. Valenciana de Cienc. Médic. Juli 1904.*

Die Ursache der Epistaxis, die übrigens bei der jetzt 46 jährigen hämophilen Patientin schon seit dem 14. Lebensjahr auftrat, bestand in einer Wunde der arteriellen Gefässe der Nasenscheidewand. B. bespricht die verschiedenen in seinem Falle in Anwendung gekommenen Adstringentien.

R. BOTEY.

24) **Max Goerke** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Rachenmandel. IV. Die Involution der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 144.*

Auf Grund seiner histologischen Untersuchung hat sich Verf. folgende Anschauung über die Involution der Rachenmandel gebildet: „1. Die Involution der Rachenmandel tritt dann ein, wenn ihre Function überflüssig geworden ist. Sie ist weder ein Immunisirungsprozess, noch ist sie in ihrem normalen Ablaufe mit Krankheitserscheinungen verknüpft, sondern sie ist lediglich der Ausdruck einer auf anderem Wege erworbenen Immunität gegen gewisse, besonders dem Kindesalter eigenthümliche Infectionskrankheiten.

2. Die histologischen Veränderungen bestehen in der Hauptsache darin, dass der functionirende Theil, das folliculäre Gewebe, schwindet und für dieses event. ein indifferentes Gewebe eintritt.

3. Nach der Involution der Rachenmandel haben wir das histologische Bild der normalen Rachenschleimhaut.

4. Verhindert, resp. verzögert wird die Involution durch entzündliche Vorgänge, die sich im Bereiche der oberen Luftwege, meist aber in der Rachenmandel selbst abspielen resp. abgespielt haben.

5. Das mikroskopische Bild der nicht involvirten Rachenmandel der Erwachsenen unterscheidet sich von der normalen Rachenmandel im Wesentlichen durch Veränderungen, die mit jenen entzündlichen Veränderungen in Zusammenhang zu bringen sind.

6. Wir sind nicht im Stande, die Involution der Rachenmandel beim Erwachsenen auf konservativem Wege herbeizuführen; die Rachenmandelreste sind deshalb operativ zu entfernen."

F. KLEMPERER.

25) **W. Roth. Die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes.** *Wiener med. Presse. No. 20. 1905.*

Besprechung obiger Erkrankungen nach dem jetzigen Stande der Specialwissenschaft in einem Vortrage, gehalten im „Wiener medicinischen Doctoren-Collegium", Sitzung vom 19. December 1904.

CHIARI.

26) **Herman Jarecky. Adenoide bei kleinen Kindern. (Adenoids in infants.)** *N. Y. Medical Journal. 13. August 1904.*

Adenoide bei Kindern unter 3 Monaten sind so selten, dass viele competente Beobachter ihr Vorkommen geleugnet haben. Dagegen berichtet Verf. Fälle bei Kindern von 8, 9 und 10 Wochen und sogar den eines 10 Tage alten Kindes. Verf. bediente sich zur Entfernung der adenoiden Vegetationen bei so kleinen Kindern des Ringmessers.

LEFFERTS.

27) **Variot** und **Le-Mars-Hadons** (Paris). **Adenoide Vegetationen der Säuglinge. (Végétations adénoides des nourissons.)** *Société de Pédiatrie. 21. Juni 1905.*

Es wird auf die Thatsache des Vorkommens angeborener adenoider Vegetationen, auf die durch diese bewirkte Behinderung in Ernährung und Entwicklung der Säuglinge und auf die günstigen Wirkungen der Operation aufmerksam gemacht.

PAUL RAUGÉ.

28) **Z. v. Lénárt. Ueber das senile Vorkommen der adenoiden Vegetationen.** *Otologische Beilage der No. 6 des Budapesti Orvosi Ujság. 1905.*

Bei einer 54 jährigen Frau entfernte er massenhafte adenoide Vegetationen. Histologisch Adenoide constatirt.

v. NAVRATIL.

29) **St. Halász. Ueber adenoide Vegetationen.** *Gyógyászat. No. 1—6. 1905.*

Referirt in einer längeren Artikelreihe eingehend dies Thema, Bekanntes betreffend.

v. NAVRATIL.

30) **Percy Fridenberg. Die Nothwendigkeit ergänzender Maassnahmen nach der Entfernung von Adenoiden. (The necessity for supplementary measures after the removal of adenoids.)** *Archivs Pediatrics. April 1904.*

Auch nach gründlicher Operation der Vegetationen ist es unbedingt nothwendig, dass die Kinder es lernen, bei geschlossenem Mund durch die Nase zu athmen. Athemübungen, kalte Abreibungen, Spiele im Freien bilden einen wesentlichen Factor. Bisweilen ist es nöthig, durch Bandagen während der Nacht die Schliessung des Mundes zu bewirken. Auch auf rationelle Zahnpflege ist Werth zu legen.

EMIL MAYER.

31) **C. R. Holmes. Die geeignete Position des Patienten bei der Operation zur Entfernung der Adenoiden unter Narkose. (The proper position of the patient in the operation for the removal of adenoids under general anesthesia.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Das Kind wird schnell auf die linke Seite gelegt, der linke Arm und die Schulter nach hinten gezogen, so dass der erstere hinter dem Kind auf dem Tische

liegt, der rechte Arm wird nahe der Schulter von einem Assistenten auf der andern Seite gefasst; ein anderer Assistent führt in den rechten Mundwinkel den Mundsperrer ein, dieser fixirt und extendirt gleichzeitig etwas den Kopf. Das Gesicht des Kindes befindet sich in gleicher Höhe mit der linken Tischecke oder etwas darüber; der Operateur sitzt auf einem Stuhl zur linken Seite des Tisches und operirt mit dem Gottstein'schen Messer. An die Operation der adenoiden Vegetationen kann gleich die der Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge angeschlossen werden. Die Patienten bleiben 3—4 Tage im Krankenhaus.

EMIL MAYER.

32) **H. Zwillinger. Ueber einige Streitfragen bezüglich des Operirens der hypertrophischen Tonsilla pharyngea.** *Gyógyászat. No. 25.*

Die Gefährdung der Kranken durch Adenoide steht nicht in gleichem Verhältnisse mit der Grösse der Adenoide. Es ist am zweckmässigsten, die adenoiden Vegetationen schon in ganz zartem Alter zu entfernen. Im Grossen und Ganzen hält Verf. die Narkose für unnöthig, aber er hält sie doch in einzelnen Fällen, z.B. bei sehr nervösen Kindern, für unvermeidlich. Die Narkose soll nur minimal sein. Bezüglich der Blutung soll man immer auch an Leukämie denken.

Die zurückgebliebenen vorderen Parthien der Vegetationen entfernt er immer mit kalter Schlinge. Nach der Operation soll man immer mit digitaler Untersuchung controlliren, ob Alles entfernt wurde. Die Rosenmüller'schen Gruben müssen unbedingt gesäubert werden. Man denke an die Möglichkeit des Zerbrechens des Adenotoms während der Operation. Bei rhachitischen Kindern sei man bedacht auf Spasmus glottidis. Shock, Asphyxie tritt auch hier und da auf. Man operire nicht brutal.

v. NAVRATIL.

33) **J. Jutassi. Kosmetische Prothesen.** *Gyógyászat. No. 31.*

Bespricht eine Spritze eigener Construction zur Injection von festem Paraffin (Schraube). Die verwendete Masse ist ein Gemisch von festem und flüssigem Paraffin.

v. NAVRATIL.

34) **St. Clair Thomson. Nasenrachenzange. (Post-nasal forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Die Zange stellt eine geringfügige Modification des Jurasz'schen Instruments dar. Zuerst hat Verf. sie in allen Fällen von adenoiden Vegetationen angewandt, jetzt gebraucht er im Allgemeinen das Ringmesser zu diesem Zweck. Nur bei kleinen Kindern, bei denen die räumlichen Verhältnisse im Nasenrachenraum sehr eng sind, ist die Zange angebracht; sie eignet sich auch dazu, nach der Operation mit dem Ringmesser noch herabhängende Reste zu entfernen.

EMIL MAYER.

35) **St. Clair Thomson. Eine Curette für Adenoide. (An adenoid curette.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Verf. hat die Beckmann'sche Curette dadurch modificirt, dass er eine Vorrichtung anbrachte, die das Herunterfallen der Adenoiden verhinderte; auch hat er an Stelle des gebräuchlichen leichten Handgriffs einen festeren anbringen lassen.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

36) **Sokolow** (Russland). **Der Canalis cranio-pharyngeus.** *Dissertation. Basel 1904/5.*

Am häufigsten findet man den Gang bei Neugeborenen. Im Allgemeinen scheint er von der Sella turcica durch das Corpus oss. sphen. nach dessen Unterfläche zu führen. Durch ihn treten zuweilen fötale Hirnbrüche hindurch. Verf. konnte den Canal bei 434 Schädeln der Baseler Anatomie 5mal, also in 1,15 pCt., nachweisen. Das Genauere ist im Original nachzulesen. JONQUIÈRE.

37) **M. Ramm. Ueber die Zotten der Mundlippen und der Wangenschleimhaut beim Neugeborenen.** *Anat. Hefte. 87. Heft. 29. Bd. H. 1. S. 57.*

R. beschreibt, nachdem er die vorliegenden Untersuchungen über den Gegenstand von Luschka, Klein, Loowy, Neustetter, Stieda besprochen hat, makroskopisch und mikroskopisch den Zottenbesatz des Vestibulum oris des Neugeborenen. Die glatte Pars glabra ist scharf von der mit Zotten und Höckern versehenen Pars villosa geschieden. Das Tuberc. labii sup. tritt deutlich als Theil der Pars villosa hervor. An der inneren Seite erstreckt sich der Zottenbesatz des mittleren Lippenabschnittes seitlich vom Frenulum labii sup. bis zur Umschlagsstelle der Schleimhaut und ist im Uebrigen von demjenigen des seitlichen Lippenabschnittes oben durch einen zottenfreien Winkel und unten durch eine scharfe Rinne geschieden. Unmittelbar an den Zottenbesatz der Mundwinkel schliesst sich derjenige der Wangen an und reicht bis zu dem hintersten Ende des Vestibulum oris. Gegen den Zottenbesatz der Oberlippe ist das Zottenfeld der Wange durch einen mit einem Höckerchen versehenen spitzwinkligen Ausschnitt getrennt. Gegen den Ductus parotideus besteht eine zackenförmige Ausbiegung.

Die Doppellippe ist ein dem Säugling zukommendes und für seine Verhältnisse angepasstes Organ. Beim Erwachsenen bilden sich die Zotten zurück; bei ihm haben die Lippen nicht mehr die Function wie beim Säugling und damit ist auch die Bildung, die für das Sauggeschäft berechnet ist, überflüssig geworden, es tritt eine Art Inactivitäts-Atrophie ein. J. KATZENSTEIN.

38) **v. Buday** (Kolozsvár). **Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Mund- und Rachenentzündungen. (Szövettani és bacteriologiai vizsgálatok üszkös száj-ès garatgyu-ladásnál.)** *Orvosi Hetilap. No. 1—6. 1905.*

Verf. stellt fest, dass die im Kindesalter auftretenden, fortschreitenden, brandigen Processe im Munde und Rachen zu den sogenannten infectiösen Gangränen gezählt werden müssen und nicht durch eine einzige, sondern durch verschiedene Mundbakterien, am häufigsten aber durch die Symbiose des Spirillum und des Bac. fusiformis verursacht werden. Unter den neuerdings über Noma erschienenen Arbeiten steht Krahn's Auffassung der des Verfassers am nächsten.

v. NAVRATIL (POLYAK).

39) **Ramon de la Sota y Lastra. Affectionen der Mundhöhle ungewisser Natur. (Lésions de la bouche de diagnostic incertain.)** *Arch. Internat. de Laryngol. No. III. Mai-Juni 1905.*

Bei einem jungen Mädchen fanden sich Entzündungen in der Mundhöhle, die man zuerst für Tuberculose hielt, die man dann aber als syphilitisch erkannte, als noch andere zweifellose Anzeichen für Syphilis auftraten. Die Uebertragung war durch den Bruder erfolgt.

E. J. MOURE.

40) **Castaneda. Inficirte Zahncyste des Mundbodens eine Angina Ludovici vortäuschend. (Kyste paradentaire infecté du plancher de la bouche simulant une angine de Ludwig.)** *Arch. Internat. de Laryngol. No. II. März-April 1905.*

Zahncysten sind als Ursache für eine diffuse septische Entzündung des Mundbodens bisher nicht beschrieben worden. Verf. theilt einen solchen Fall mit, in dem durch Incision und Curettage rapide Heilung herbeigeführt wurde.

E. J. MOURE.

41) **Breyer. Paralyse des M. genioglossus. (Paralysie du m. genioglossus.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. de Siège. No. 4. 1905.*

54jähriger Arbeiter mit Deglutitions- und Articulationsstörungen der Sprache seit mehr als 2 Jahren. Bei Untersuchung des Mundes zeigt sich die Zunge horizontal auf dem Mundboden fixirt, mit dem besten Willen kann Patient die Zungenspitze nicht in Contact mit dem Gaumen bringen; Dickenabnahme der rechten Zungenhälfte, fibrilläre Zuckungen längs der rechten Dorsalseite der Zunge, welche sich bei der Berührung in den hinteren drei Vierteln bis zur Höhe der vorderen Gaumenbögen bretthart anfühlt; nirgends sonst im Munde pathologische Veränderungen. B. stellt die Diagnose einer primitiven Myositis des M. genioglossus mit Atrophie der Muskelfibrillen und fibröser Entartung derselben. Die Ursache der Affection bleibt unermittelt.

BAYER.

42) **F. Fonck** (Quilpé, Chile). **Klinischer Beitrag zur Kenntniss der motorischen Innervationsstörungen der Uvula.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 48. 1904.*

Verf. hat innerhalb 30 Jahre einer ausgedehnten Praxis 142 Fälle von Lageabweichungen der Uvula gesammelt, über die er kurze Notizen giebt. Darunter sind 41 Fälle mit Affectionen des weichen Gaumens und Rachens, dann eine Reihe Fälle mit Affectionen naheliegender Organe (Ohrenentzündung, Struma, Laryngitis etc.), 19 Fälle von Tuberculose der Lungen, 6 Fälle von Syphilis, ferner Anämien, Herzkrankheiten, Magenkrankheiten u.s.w., endlich eine grössere Zahl von Nervenkrankheiten verschiedenster Art. Für einen wesentlichen Theil der Fälle nimmt Verf. eine anatomische Grundlage der Innervationsstörung des Zäpfchens an — so glaubt er, dass bei der Tuberculose oft ein neuritischer Herd aufzufinden sein dürfte —, in anderen Fällen hält er die Störung für eine functionelle, so dass in solchen Fällen die Ablenkung der Uvula als Zeichen der Neurasthenie zu deuten wäre.

F. KLEMPERER.

43) **Maxim. Wassermann** (Meran). **Ein congenitales Diaphragma pharyngo-palatinum.** *Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 611.*

Beschreibung und Abbildung der bei einer 71 jährigen kyphoskoliotischen Patientin zufällig entdeckten Missbildung. Die beiden glatten Segel, die vom freien oberen Rande des Palatum molle hinter dem Arcus palatinus posterior horizontal zur hinteren Pharynxwand ziehen, lassen in weitester Entspannung eine mediane Oeffnung von höchstens 1 cm Durchmesser frei. F. KLEMPERER.

44) **Feigin. Tonsillarpfröpfe. (Probki mindalewidnich sheles.)** *Woenno-med. Journal. p. 822. 1903.*

Autor ist der Anschauung, dass die Tonsillarpfröpfe sich aus Speiseresten bilden. Zum Beweise für seine Anschauung scheint ihm der Befund ähnlicher Pfröpfe zwischen den Zähnen vollständig genügend. P. HELLAT.

45) **Imhofer. Tonsillitis chronica.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 17. Februar 1905.) *Wiener med. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Demonstration eines verbesserten Mandelquetschers in Form einer an einem Stiele befestigten drehbaren Walze. Bei flachen hypertrophischen Tonsillen der Sänger eventuell in Combination mit Schlitzungen zur Massage der Tonsillen empfohlen. CHIARI.

46) **H. B. Gardner. Secundäre Wirkungen, die durch chronische Vergrösserung der Tonsillen auf den Organismus ausgeübt werden können. (Secondary effects upon the system which may be produced by chronic enlargement of the tonsils.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Durch die Vergrösserung der Tonsillen wird die freie Athmung und die Oxydation des Blutes behindert; sie kann eine Ursache darstellen für varicöse Venen am Bein in der Jugend und auch für Hernien. ADOLPH BRONNER.

47) **F. Mindowski** (Breslau). **Zur Histologie der Mandelanhänge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 572.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen tumorartige Adnexe der Mandeln entfernt wurden. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich im Fall 1 um ein Angiofibrom der Gaumenmandel, in Fall 2 um einen Exsudatpfropf im Beginne der Organisation; im 3. und 4. Falle lagen wirkliche Nebenmandeln vor, d. h. vollkommene Wiederholungen des die Mandeln aufbauenden, lymphoiden Gewebes. Um einen Tonsillenanhang — eine Tonsilla pendula oder einen lymphoiden Polypen — handelte es sich auch in dem letzten Falle, bei dem ein Tumor von 12 g Gewicht und 3 cm Durchmesser den Rachenraum erfüllte; nach Abtragung desselben und nach weiterer Abtragung der vergrösserten, durch den Tumor plattgedrückten Rachenmandel wird die Ausgangsstelle der Geschwulst am linken Tubenwulst erkennbar. F. KLEMPERER.

48) **Preindlsberger** (Sarajewo). **Zur Exstirpation von Neoplasmen der Tonsille.** *Wiener klin. Rundschau. No. 48. 1905.*

Die Resection des Angulus mandibulae erleichtert in vielen Fällen jene Ein-

griffe, welche eine Pharyngotomia lateralis erfordern und erspart oft eine ausgedehntere Knochenoperation.

CHIARI.

49) **C. Compaired** (Madrid). **Linksseitiger Gaumenmandelstein mit nachfolgendem eitrigen Zwischenmandelabscess. (Calculo de la amigdala palatina izquierda. Abscess purulento intraamigdaliane consecutivo.)** *El Siglo Médico. No. 2642. 1904.*

Der interessante Fall betraf eine 43 jährige Frau, welche seit ihrer Kindheit sehr häufige Mandelentzündungen durchgemacht hatte. Der entfernte Stein bestand aus phosphor- und kohlensaurem Kalk und Magnesia. Die nähere Untersuchung desselben konnte nicht ausgeführt werden.

R. BOTEY.

50) **Laurent-Clarc** (Lyon). **Actinomycose der Mandel. (Actinomycose de l'amygdale.)** *Thèse de Lyon. 5. December 1904.*

Die Actinomycose der Tonsillen ist selten; Verf. hat nur 7 Fälle ausfindig gemacht. Die Affection hat einen schleichenden Verlauf; meist kommt sie gelegentlich einer Actinomycose der Umgebung zur Entdeckung. Die Complicationen sind häufig und sehr schwer; in erster Linie kommt die Cervicalphlegmone und die Meningitis basilaris in Betracht. Die Ausbreitung auf die Meningen scheint durch die Oeffnungen in der Schädelbasis längs der Nervenscheiden zu erfolgen.

PAUL RAUGÉ.

51) **Alexander Baurowicz. Zur Diagnose der Gummigeschwülste der Gaumenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 168.*

Beschreibung eines Falles. Die taubeneigrosse glatte Geschwulst von normaler Farbe der Schleimhaut wurde für eine gutartige Neubildung gehalten, bis nach 6 Monaten ihr plötzlicher jauchiger Zerfall auf die richtige Diagnose führte.

F. KLEMPERER.

52) **E. Fletcher Ingals. Tonsillotomie; gründlich, schmerzlos und sicher. (Amygdalectomy, thorough, painless and safe.)** *Journal of the American Medical Association. 4. Februar 1905 und N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1905.*

Verf. zieht die kalte Drahtschlinge zur Entfernung der Tonsillen vor. Er giebt die Beschreibung und Abbildung einer Anzahl von Instrumenten, die er zur Erleichterung der Operation angegeben hat. Er giebt eine Beschreibung der von ihm unter Narkose vorgenommenen Operation.

EMIL MAYER.

53) **Robert C. Myles. Operative Behandlung der Gaumentonsillen. (Operative treatment of the faucial tonsils.)** *The Journal of the American Association. 29. October 1904.*

Verf. will die Anschwellung der Cervicaldrüsen als einen Fingerzeig für krankhafte Veränderungen der Gaumentonsillen angesehen wissen. Ferner soll man nicht in allen Fällen unterschiedlos die Tonsillotomie anwenden, sondern man sollte auch Messer, Scheere, Hakenzange, Drahtschlinge, Curette u. s. w. je nach den besonderen Erfordernissen des Falles benutzen. Es müssen bei Kindern

mit ausgesprochener Cervicaldrüsenschwellung die Tonsillen gründlichst an ihrer Basis entfernt werden.

EMIL MAYER.

54) **Oscar Wilkinson. Ein Fall von Blutung nach Tonsillotomie, geheilt durch Adrenalin. (A case of hemorrhage after tonsillotomy relived by Adrenalin.)** *Journal of the eye, ear and throat disease. Juli-August 1904.*

Bei einem 17 jährigen Mädchen wurde unter Lachgasnarkose die doppelseitige Tonsillotomie gemacht. Es trat eine Blutung auf, deren man durch Anwendung von 1 procentiger Adrenalinlösung und Eis Herr wurde. Ein und eine halbe Stunde nachdem sie den kurzen Weg nach ihrem Hause zurückgelegt hatte, trat eine profuse Blutung auf. Es wurde zuerst wieder Adrenalin äusserlich und dann innerlich alle 20 Minuten 10 Tropfen gegeben.

EMIL MAYER.

55) **Edward J. Brown. Fall von primärer und secundärer Tonsillarblutung nach Anwendung von Tonsillotom und Schlinge. (Cases of primary and secondary tonsillar hemorrhage fellowing removal both with tonsillotome and snare.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

I. Fall: Tonsillotomie bei einem 28 jährigen Mann; lang fortgesetzte Compression brachte die Blutung zum Stehen, die unmittelbar nach der Operation aufgetreten war.

II. Fall: 33 jährige Frau; Entfernung mit der Schlinge; schwere Blutung 15 Tage später, die nach einigen Stunden stand.

III. 6 jähriges Mädchen. Entfernung mit der Schlinge; Blutung zwei Tage später.

Verf. hat eine Vorliebe für die schwere Schlinge.

EMIL MAYER.

56) **Springer** (Prag). **Instrument zur Massage der Tonsillen und zur Compression derselben nach Tonsillotomie.** *Prager med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Zwei gekreuzte, stellbare Branchen, von denen eine eine Art Knapp'sche Rollpincette (in einer Gabel drehbare Metallwalze) darstellt, die andere ein Schaufelhaken ist, womit die Tonsille herausgehebelt werden kann.

CHIARI.

d. Diphtherie und Croup.

57) **Hongardy. Die Diphtheritis auf der Kinderklinik der Lütticher Universität. (La diphtérie à la Clinique infantile de l'Université de Liège.)** *Annales de la Soc. Méd. Chirurg. de Liège. No. 7. 1905.*

Unter 245 Kindern waren 207 an wahrer Nasen-, Rachen- und Kehlkopfdiphtheritis erkrankt. Darunter waren 75 Fälle mit Croup, wovon 3 Fälle genuinen Croups. Bei den ersten 2 Fällen genuinen Croup gingen Masern voraus, während beim 3. Kinde keine Krankheit vorlag. 20 Fälle endeten letal, was eine Morbidität von 9,66 pCt. ergiebt. — In 14 Fällen hatte man es mit hypertoxischen Anginen zu thun, in einem Fall mit Complication von Ulcerationen, welche sich rapid auf die Wangen und Zahnfleisch ausbreiteten. Ihrer bacteriologischen Natur nach waren 170 reine Diphtheriefälle, 37 Mischfälle von diphtherischen Bacillen mit anderen Bacillen (Tetragenus, Streptococcus). In Bezug auf die Localisation lagen drei

Fälle reiner Nasendiphtheritis, 3 reiner Laryngitis und 3 von Munddiphtheritis vor. Bei einem Patienten entwickelte sich ein Retropharyngealabscess, einmal trat zugleich Scharlach auf; in einigen Fällen leichte Albuminurie, bei 51 pCt. der Fälle stellte sich ein Serumerythem polymorpher Natur ein. Nie wurden Recidive beobachtet, wohl aber secundäre Anginen ohne Diphtheriebacillen. Von Lungencomplicationen lag ein Fall von ausgesprochener diphtherischer Pneumonie vor, geheilt durch Seruminjectionen. Von 6 Bronchopneumonien existirten schon 4 vor dem Eintritt. 22 Croupfälle heilten ohne chirurgischen Eingriff; 9 Fälle wurden tracheotomirt mit 4 Heilungen; 44 wurden sofort intubirt mit 5 Todesfällen. Die mittlere Intubationsdauer betrug 3 Tage. — Zum Schluss lässt Verf. die Mittheilung von 3 aussergewöhnlichen Beobachtungen folgen. BAYER.

58) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Nasendiphtherie. (Neus-diphtherie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1156. 1905.*

Ein Fall von schwerer Scharlachdiphtherie mit Augen-, Ohren- und Nasencomplicationen und nachfolgender Narbenobstruction der Nase. H. BURGER.

59) **Hongardy. Die Intubation bei der Behandlung der Diphtheritis. (Le tubage dans le traitement de la Diphtérie.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. de Liège. No. 5. 1905.*

Nach einer kurzen historischen Einleitung beschreibt H. das Instrumentarium von O'Dwyer, sowie die Modificationen desselben. Er empfiehlt kurze Röhren aus vergoldetem Silber oder aus Ebonit und verwirft absolut die vernickelten Röhren. Nach Besprechung der Technik, der Vornahme der Intubation und der Behandlung nach Ausführung desselben, geht er auf die Extubation über unter Würdigung der angewandten Methoden (Bayeun'sche Enucleation etc.). Was die Indicationen der Intubation anbelangt, so decken sich dieselben mit denen der Tracheotomie; nicht unbeachtet soll man dabei die Prädisposition zum Glottiskrampf lassen; er erwähnt eines derartigen Falles, der tödtlich verlief. Unter den üblen Zufällen, welchen man bei der Intubation ausgesetzt sei, erwähnt er: falsche Wege, Einführung der Röhre in den Oesophagus, Verstopfung der Röhre durch Pseudomembranen, Aushusten der Röhre, Ulcerationen des Larynx, welche sich vermeiden liessen durch frühzeitige Entfernung der Röhre; Versuch nach 12—24 Stunden. Was den Werth der Intubation betrifft, so hält er dieselbe der Tracheotomie für bedeutend überlegen. BAYER.

60) **Wates Bowler** (Victoria). **Tracheotomie versus Intubation bei Diphtherie. (Tracheotomy versus intubation in diphtheria.)** *Intercolonial med. Journal. 20. Juli 1905.*

Verf. hat die Intubation zu Gunsten der Tracheotomie aufgegeben, vor allem deswegen, weil, wenn die Intubation nichts hilft und man dann noch die Tracheotomie vornimmt, die grösste Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass letztere ebenfalls keinen Erfolg mehr hat. In dem Hospital des Verf. trat in 24 Fällen von Intubation 10 mal Heilung ein, bei 46 Fällen von Tracheotomie 26 mal.

A. J. BRADY.

61) **Wm. K. Simpson. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie, der Intubation erfordert, mit Complication von Cerebrospinalmeningitis beim Erwachsenen. (A case of laryngeal diphtheria necessitating intubation complicating cerebrospinal meningitis in a adult.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1905.*

Die Complication mit Cerebrospinalmeningitis erfolgte am 20. Krankheitstage. Die Diphtherie der oberen Luftwege ging nach Injection von 30 000 I. E. zurück; Pat. starb 17 Tage später an der Meningitis. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Nobomitsu Niskiyama. Die Kehlkopfmuskeln des Hylobates lar., verglichen mit denen anderer Affen und des Menschen.** *Diss. med. Rostock 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

63) **G. Geronzi. Ueber die Anwesenheit von intramusculären Nervenganglien in einigen Muskeln des Kehlkopfinnern. (Sulla presenza di gangli nervosi intramuscolari in alcuni muscoli intrinseci della laringe.)** *Boll. Soc. Lancisiana Ospedali. Anno 24. Fasc. 1. p. 256. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

64) **Grabower** (Berlin). **Die Vertheilung und Zahl der Nervenfasern in den Kehlkopfmuskeln und die Hinfälligkeit des Erweiterers der Stimmritze.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 2. S. 189.*

Verf. hat an 40 Kehlköpfen die Nervenvertheilung makroskopisch genau untersucht, bei einer Reihe von ihnen, zum Theil in lückenlosen Serienschnitten, die intramusculäre Nervenversorgung mikroskopisch verfolgt und endlich bei einigen die Nervenfasen der in die einzelnen Muskeln einziehenden Nervenäste einer Zählung unterworfen. Er kommt dabei zu dem Resultat, dass der Musculus posticus von allen Kehlkopfmuskeln am schlechtesten versorgt ist. Makroskopisch schon zeigt sich die Innervationsfigur des Musc. posticus verschieden von der aller Kehlkopfmuskeln. Beim Posticus ist der Innervationsstamm ein einseitig gefiederter, d. h. die Aeste ranken nur nach einwärts in die Muskelfläche hinein. Das Verästelungsgebiet erstreckt sich im Posticus nur über die übrigen zwei Drittel des Muskels, während das untere Drittel und ein grosser Theil der medialen Partie desselben makroskopisch nervenfrei erschienen. Bei den Adductoren ist es eine nach allen Richtungen strahlen- oder sternförmig im Muskel sich ausbreitende Nervenverzweigung, welche irgend welche grösseren Innervationslücken nicht erblicken lässt. Ausserdem zeigt sich beim Posticus die Verästelung der Hauptzweige ganz dicht unter der Muskeloberfläcke, während bei den Adductoren der eintretende Nerv die obere Muskellage mehr (M. vocalis und transversus) oder weniger (M. thyreo-cricoideus) tief durchbricht und erst in der Tiefe sich in seine Zweige auflöst. Die mikroskopische Betrachtung lässt erkennen, dass die intramusculäre Nervenversorgung im Posticus hinter der in den Adductoren an Reichthum beträchtlich zurücksteht und dass die Vertheilung der Nervenelemente in ersterem Muskel eine ungleichmässigere ist als in den letzteren; zwar werden

in den Adductoren auch nicht alle Theile des Muskels gleichmässig von intramusculären Nervenverästelungen durchsetzt, aber es werden bei ihnen so grosse Strecken spärlicher Innervation wie beim Posticus nicht angetroffen. Die Zählung endlich ergab in den gesammten den Posticus versorgenden Nervenelementen im Durchschnitt 281 Nervenfasern, für den M. internus et externus im Durchschnitt 485 Nervenfasern, für den M. lateralis im Durchschnitt 195 Nervenfasern (für den gesammten adductorischen Muskel: Internus et externus + lateralis also 680), für den Musc. transversus endlich 279 Fasern und für den Thyreocricoideus 220—230 Fasern. Der Musc. posticus besitzt danach von allen vom Recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln die geringste Zahl von Nervenfasern und da auch auf das Gewicht der Muskeln berechnet die Faserzahl beim Posticus die geringste ist, erklärt Verf. ihn für den absolut und relativ nervenärmsten der vom Recurrens innervirten Kehlkopfmuskeln. In diesen anatomischen Verhältnissen erblickt er die natürliche Ursache der grösseren Hinfälligkeit des Posticus.

F. KLEMPERER.

65) **A. Onodi. Bemerkungen zu dem Aufsatze der Herren P. Schultz und Dorendorf: „Ueber die centripetale Leitung des Nervus recurrens".**
66) **Paul Schultz. Zusatz zu den Bemerkungen des Herrn Onodi.**
67) **A. Onodi. Replik.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. Heft 3. S. 615—622.*

Schultz und Dorendorf constatiren in Onodi's Stellungnahme zur Recurrensfrage Widersprüche. Onodi erklärt diese damit, dass er die Befunde der anatomischen und der physiologischen Untersuchung in seiner Darstellung getrennt mitgetheilt habe. Schultz hält solche Trennung nicht für streng durchführbar: Ueber die Frage, ob ein Nerv sensibel, motorisch oder gemischt ist, kann nur das physiologische Experiment entscheiden, „es giebt nicht in ausschliesslich anatomischem oder morphologischem Sinne centripetale und centrifugale Nerven."

F. KLEMPERER.

68) **Broeckaert** (Gent). **Anatomo-pathologische Untersuchung eines Falles von frischer Recurrenslähmung; neuer Gesichtspunkt hinsichtlich der Entstehung der Muskelveränderungen, speciell des Crico-arytaenoid. postic. (Examen anatomo-pathologique d'un cas du Paralysie récente du récurrens laryngé; considérations nouvelles sur la génèse des altérations des muscles spécialement du crico-aryténoïdien postérieur.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 1. Fasc. 1905.*

Die frühzeitige Degenerirung und Atrophie, welcher man am Musc. cricoarytaenoid. post. in Fällen von Recurrensläsionen begegnet, lassen sich weder durch die ganz specielle biochemische Constitution dieses Muskels, noch durch eine besondere Fragilität der Dilatatorfasern des Recurrens erklären. Grabower glaubte die Lösung des so viel discutirten Problems gefunden zu haben, indem er nachwies, dass der M. cricoaryt. post. weniger reich an Nervenfasern ist als die anderen Muskeln, welche die Adduction der Stimmbänder besorgen. Diese neuen Untersuchungen bestätigen nur die Kraftpräponderanz der Adductoren. Das Studium

der Genese der Muskelalterationen hat den Autor veranlasst, anderweitig als in Nervenläsionen, nach der Ursache des vorzeitigen und präponderirenden Ergriffenseins des Posticus zu suchen. Neben der neuropathischen Atrophie sieht er einen Hauptfactor, welcher bisher bei dem Studium der Recurrensparalyse verkannt ward, in der Muskelhypämie, welche eine Störung repräsentirt, veranlasst durch die Verminderung der Blutquantität, welche im normalen Muskel circulirt.

Dieselbe wird hervorgerufen, sei es durch Compression der Art. laryng. post., welche von der A. thyroid. inf. herstammt, sei es durch einen Gefässspasmus durch eine Störung der vasomotorischen Innervation. Die für den Posticus bestimmten Vasomotoren kommen in der That vom Plexus thyroid. inf. her, der Fasern vom Ganglion cervical. inf. des Sympathicus erhält. Das Studium der verschiedenen Ursachen, welche auf den Recurrens einwirken, zeigt, dass die Gefässe und Gefässnerven, welche sich zum Posticus begeben, nicht ausserhalb des Bereiches der schädlichen Einwirkung liegen, während die gleichen Organe, die für den Muskelapparat der Adductoren bestimmt sind, kaum pathologischen Gefahren ausgesetzt sind. Zur Bestätigung seiner Theorie hat der Autor am Kaninchen eine partielle Obliteration der ernährenden Gefässe der Muskeln einer Kehlkopfhälfte bewirkt. Schon nach 3 Wochen waren die Muskelbündel atrophirt und degenerirt, ebensowohl im Posticus als bei den Adductoren, während doch der Posticus besonders lange einer einfachen Zerstörung des N. laryng. inf. widersteht.

Die Untersuchung zweier klinischer Fälle mit Autopsie hat ebenfalls gezeigt, dass die Art. laryng. post. mit dem Recurrens in eine degenerirte Lymphdrüse eingeschlossen der Sitz einer chronischen stenosirenden Entzündung wurde.

BAYER.

69) E. **Baumgarten. Tabische Larynxkrisen.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1905.*

Die Krisen offenbarten sich in peinlichen Hustenanfällen. Lähmungen im Larynx waren nicht vorhanden.

v. NAVRATIL.

70) **J. Mort** (Winterthur). **Ueber Ictus laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 43. 1904.*

Bericht über zwei Fälle, in denen Verf. dem chronischen Alkoholismus und der Arteriosklerose eine ätiologische Bedeutung zuschreibt. Wie der echte Ictus mit der charakteristischen Bewusstlosigkeit, so stehen auch die durch einen Reiz im Kehlkopf ausgelösten Schwindelanfälle, die Vertigo laryngea, nach Verf.'s Ansicht mit Alkoholismus und Arteriosklerose in Zusammenhang; beide Symptomencomplexe sind Symptome einer Vagusneurose, die auf dem prädisponirenden Boden des chronischen Alkoholismus sich entwickelt.

F. KLEMPERER.

71) **Preobrachenski. Ueber die Bedeutung der Nase und des Rachens für die Sprache. (O snatschenii nosa i glotki dlja reischi.)** *Wratsch. gaz. No. 1. 1905.*

Autor betrachtet zunächst die Sprachstörungen, welche als mechanische Folgen des jeweiligen Zustandes der Nase und des Rachens unbedingt vorhanden sind. Als solche sind der nasale Klang, die „todte" Sprache etc., und ferner

solche Störungen, welche auf Umwegen durch die Nase resp. den Rachen hervorgerufen werden, wie z. B. das Stottern, die Hörstummheit und endlich verschiedene Stimmstörungen.

Für das Stottern glaubt P. den Reflex beschuldigen zu können, für die Hörstummheit hauptsächlich mechanische Schwierigkeiten, mitunter Furcht vor Strafe.

P. HELLAT.

72) **Senator. Aphasie combinirt mit linksseitiger Hemiplegie bei einer Rechtshändigen. (Apasia s lewestorow. hemiplegiei w prawschi.)** *Prakt. Wratsch. No. 2. 1905.*

Die Arbeit hat hauptsächlich Interesse für Neurologen. P. HELLAT.

73) **P. Hellat. Fehlerhafte Sprache, corrigirt durch Paraffininjectionen.** (Protokoll des Vereins St. Petersburger Aerzte.) *Petersburger med. Wochenschrift. No. 50. 1904.*

H. stellt eine Patientin vor, die seit der Kindheit nach überstandener Diphtherie sehr schlecht sprach, beständig sich verschluckte und beim Sprechen an exspiratorischer Dyspnoe litt. Gelähmt waren hauptsächlich die Constrictores pharyngis (nach H.'s Anschauung ist das die häufigste Form der postdiphtherischen Lähmung). Durch wiederholte Injection in den prävertebralen Raum in der Höhe des Gaumenbogens gelang es, die Sprache so weit zu bessern, dass Patientin so gut wie tadellos spricht. Ausser recht andauernder Schmerzhaftigkeit nach der Injection wurden keine Störungen constatirt. H. hält seinen Versuch, das Paraffin in diesem Sinne zu verwenden, für den ersten. P. HELLAT.

74) **Ch. Féré. Das epileptische Stottern. (Le begaiement épileptique.)** *La Belgique Méd. No. 30. 1905.*

Die Epilepsie coincidirt mit Stottern in einer grossen Anzahl von Fällen. Dasselbe kann für das ganze Leben fortbestehen. Manchmal ist es stärker nach einem Anfall. Seine Verschlimmerung kann abortive epileptische Anfälle verrathen. Seltener tritt es bei einem Epileptischen in mehr oder minder kurzen Perioden auf. Dieses vorübergehende Stottern kann mit convulsiven und anderen Anfällen verknüpft sein, sei es, dass es diesen vorausgeht oder sich an sie anschliesst oder dass es dieselben ersetzt.

Der Autor theilt 3 einschlägige Fälle mit. BAYER.

75) **Tóvölgyi. Ueber Kehlkopferkrankungen der Sänger.** *Orvosi Hetilap. No. 23. 1905.*

Betont die Nothwendigkeit der Ueberwachung der Gesangsorgane durch Aerzte; spricht über die wichtigsten Erkrankungen derselben; demonstrirt zwei Apparate eigener Erfindung zur äusseren Vibrationsmassage des Kehlkopfs.

v. NAVRATIL.

76) **Homer Dupuy. Die Falsett- oder Eunuchenstimme. (The falsette or eunuchoid voice.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Athemübungen mit besonderer Berücksichtigung einer gründlichen abdominalen Distension müssen einen Theil der Behandlung bilden. Die Stimme wird

tiefer, wenn man den Finger auf das Pomum Adami setzt und während man hier drückt, den Patienten auffordert, zu sprechen oder zu singen. Makuen bediente sich dieser Methode in einem Fall mit Erfolg und Verf. kann nach seinen Erfahrungen ihre Nützlichkeit nur bestätigen. Alle seine Fälle sind dauernd geheilt.

EMIL MAYER.

77) **Marage. Wie kann man die Stimme der Taubstummen modificiren? (Comment on peut modifier la voix des sourds-muets.)** *Arch. Internat. de Laryngologie. No. VI. 1904.*

Das Ziel kann erreicht werden dadurch, dass man ihr Gehör entwickelt und zwar durch das Hören von Musikinstrumenten und indem man sie dann allmälig leichte Noten singen lehrt.

E. J. MOURE.

78) **Th. S. Flatau** und **H. Gutzmann** (Berlin). **Neue Versuche zur Physiologie des Gesanges.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 11.*

Die Verff. schreiben mit dem verbesserten Zwaardemaker'schen Apparat zur Selbstregistrirung der Sprachbewegungen bei phonirenden und Tonfolgen singenden Personen Curven: 1. der Lippenstülpung, 2. der Unterkieferbewegung, 3. der Anspannung des Mundbodens und 4. der Auf- und Abbewegung des Kehlkopfes. Sie glauben in ihren Curven zwei Typen unterscheiden zu können: Bei der ersten zeigen sich in dem Kehlkopf wie in den Kiefer- und Lippenbewegungen stark ausgesprochene Vokaldifferenzen, dabei schwache, zum Theil minimale Mundbodenbewegungen; bei der zweiten geringe Kehlkopfbewegungen, Verschwinden der Vokaldifferenzen, dabei starke unabhängige Mundbodenbewegungen. Das Wesen des zweiten Mechanismus erblicken die Verff. darin, dass er periphere Theile zu Gunsten des Kehlkopfes belastet und eine einheitlich gewahrte Form des Ansatzrohres anstrebt, wobei die zu verschiedener Vokalisation noch nothwendigen Veränderungen mehr und mehr der unabhängiger gewordenen Mundboden- und Zungenaction zufallen. Den ersten Typus sprechen sie als Vertreter des reinen Naturgesanges an, den zweiten als den des Kunstgesanges; zwischen beiden finden sich Uebergangsformen.

F. KLEMPERER.

79) **Auché. Spasmus glottidis beim Keuchhusten. (Spasme de la glotte dans la coqueluche.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 47. 1904.*

Die Spasmen waren häufig von veritablen asphyktischen Anfällen von 1 bis 2 Minuten Dauer mit äusserster Cyanose begleitet; der Puls war dabei klein und rapide, so dass man stets auf einen tödtlichen Ausgang gefasst war.

E. J. MOURE.

80) **Leuriaux. Practische Resultate mit der serotherapeutischen Behandlung des Keuchhustens. (Resultats pratiques du traitement sérothérapeutique de la coqueluche.)** *La Presse Méd. Belge. No. 16. 1905.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler, am 8. April 1905, theilt L. die Resultate über die serotherapeutische Behandlung des Keuchhustens von 418 auf diese Weise behandelten Fällen mit. Darunter ergaben 299, also 70pCt., positive Resultate, d. h. Heilungen im Zeitraum von 14 Tagen bis 3 Wochen;

negative Resultate 119 Fälle, also 30 pCt., darunter sind inbegriffen die Complicationen mit Bronchopneumonie, diffuser Bronchitis, Masern etc., im Ganzen 25 Fälle; Zufälle in Folge der Seruminjectionen kamen in 64 Fällen, also 17 pCt., vor.

Unter diesen Fällen sind die persönlichen Beobachtungen des Autors nicht mit inbegriffen; es sind dies die Resultate einer Prüfungscommission.

BAYER.

81) **Richard Rahner** (Gaggenau). **Das Antitussin in der Behandlung des Keuchhustens und seine Stellung gegenüber den anderen gebräuchlichen Keuchhustenmitteln.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1905.*

Rahner empfiehlt warm das Antitussin, das Zahl und Intensität der Anfälle rasch herabsetzt und nicht nur krampflindernd, sondern auch schleimlockernd wirkt; ausserdem verhütet es das Weiterschreiten der Infection in die tieferen Luftwege und damit die sonst so gefürchteten Complicationen. Bei rechtzeitiger Anwendung verhütet es das Stadium convulsivum, ist ohne jede schädliche Nebenwirkung und auch bei Säuglingen anwendbar. In Fällen besonders schwerer Rachitis und bei bestehender Bronchopneumonie versagt das Antitussin. Vermöge seiner Applicationsweise ist eine consequente Durchführung der Behandlung auch dem Publicum gegenüber gesichert. Im Vergleich zu den anderen gegen Pertussis angewandten Mitteln, die Autor vergleichsweise bespricht, ist das Antitussin allen, selbst dem Chinin, bedeutend überlegen.

HECHT.

82) **Heinrich Halász.** **Idiopathischer Kehlkopfabscess.** *Gyógyászat. No. 1.*

Beschreibt einen Fall von idiopathischer Perichondritis der Cartilago cricoidea. Die Erkrankung verlief chronisch, heilte spontan; keinerlei constitutionelles Leiden war zu constatiren.

v. NAVRATIL.

83) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **„Idiopathisch“ entstandener Kehlkopfabscess.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1905.*

Bericht über einen Fall von genuiner Perichondritis der rechten Seite des Ringknorpels mit Stenosenerscheinungen: die erkrankte Stelle konnte nur bei Untersuchung in Killian'scher Stellung wahrgenommen werden. Es zeigte sich „an der rechten Seite des Kehlkopfes, 1 cm unter der Stimmritze beginnend, eine gegen die Luftröhre $1^1/_2$—2 cm tief hinabragende, in das Kehlkopfinnere vorspringende und das Lumen beträchtlich verengende, von blutreicher Schleimhaut bedeckte Anschwellung.“ Nach Vornahme der tiefen Tracheotomie behufs Herstellung einer freien Athmung sollte am nächsten Tage der Abscess eröffnet werden; derselbe brach jedoch vorher spontan durch, wobei wahrscheinlich „das in der Abscesshöhle mobil gewordene abgestorbene Stückchen Knorpel“ mit dem Eiter expectorirt wurde. Die Heilung verlief glatt ohne irgend welche Complicationen oder Residuen.

HECHT.

84) **J. J. Wester.** **Die Diagnose von Cornage. (De diagnose van cornage.)** *Tijdschr. v. Veeartsenykunde. Bd. XXXII. No. 2. November 1904.*

W. erwähnt die Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung des Kehlkopfpfeifens der Pferde. Dasselbe wird bekanntermaassen durch eine gewöhnlich

linksseitige Recurrensparalyse verursacht. Laryngealer Stridor kann indessen auch auf Epiglottistumoren, Schleimhautverdickung durch chronische Laryngitis oder Schwellung der Arytaenoidknorpel beruhen. Das Laryngoskopiren begegnet practisch grossen Schwierigkeiten. W. macht am unteren Kehlkopfrand in der Medianlinie des Halses eine kleine Incision in der Luftröhre und palpirt durch diese Oeffnung mit dem Zeigefinger die unteren Ränder der Arytaenoiden. Auf diese Weise constatirt er beim Cornage Asymmetrie der knorpeligen Glottis und die Unbeweglichkeit des gelähmten Knorpels. (Für die menschliche Laryngologie weniger geeignete Untersuchungsmethode! Ref.)

H. BURGER.

f. Schilddrüse.

85) **H. Christiani. Degeneration und experimentelle Atrophie der Schilddrüsenpfropfungen infolge Ingestion toxischer Dosen von Schilddrüsenpastillen. (Dégénérescence et atrophie expérimentale des greffes thyroidiennes par ingestion à dose toxique de pastilles de glande thyroide.)** *C. R. Soc. de Biol. LV. Vol. 2. p. 68.*

Füttert man Ratten, denen die Thyreoidea partiell exstirpirt ist, mit Thyreoidintabletten, so tritt Degeneration und Atrophie des Thyreoidearestes ein. Bei den Controlthieren tritt Regeneration der Thyreoidea ein.

J. KATZENSTEIN.

86) **H. Christiani. Entwickelung überflüssiger Schilddrüsenpfropfungen. (Evolution des greffes thyroidiennes superflues.)** *Compt. rend. Soc. de Biol. T. 58. No. 8. p. 361.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

87) **Gautier** und **Kummer** (Genève). **Mittheilung eines Falles von erfolgreicher Ueberpfropfung menschlicher Schilddrüse bei einem infolge angeborenen Fehlens dieser Drüse gänzlich unentwickelten Mädchen nach der Methode von Christiani. (Note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne [Methode de Christiani] chez un enfant arriéré par defaut de développement do la glande thyroïde.)** (Vorstellung des Falles in der Gesellschaft der Genfer Aerzte am 11. Mai 1905.) *Revue de la Suisse romande. No. 6. 1905.*

Das idiotische 3jährige Mädchen, äusserst mager und schwach, ohne jegliche Spur von Myxödem, welches nur unarticulirte Laute ausstossen, weder sitzen noch stehen kann und den Koth immer unter sich gehen lässt, wird October 1903 im Hôpital Butini in Genf aufgenommen. Schon bei der Gabe von Thyroidtabletten treten sofort Fortschritte ein. Das Kind bekommt Kraft zum Sitzen und zum Stehen, fängt an zu sprechen; der absolut blöde Blick wird etwas intelligenter, das Kind fängt an, den Topf zu verlangen. Da aber das Medicament per os allmälig garnicht mehr vertragen wird, so pfropft man dem Kinde am hinteren Rande der linken Achselhöhle unter Aethernarkose kleine Stückchen gleichzeitig durch Kropfexstirpation bei einem 18jährigen Mädchen gewonnener, absolut gesunder Schilddrüse unter die Haut ein. Heilung der 1 cm langen Wunde per primam. Die schon eingetretene Besserung zeigt von jetzt an eine raschere und regel-

mässigere Zunahme, so dass das Kind nach 9 Monaten steht und geht, mit den andern Kindern spielt und zankt und in jeder Beziehung als normales, jedoch noch immer sehr mageres Mädchen von mittlerem Werth abgeschätzt werden kann. Die Schilddrüsenpfröpfe lassen sich auch später, nach 14 Monaten, gut durch die Haut durchfühlen, haben sich also lebensfähig organisirt.

Bei der Vorstellung giebt Christiani einige Anhaltspunkte zur erfolgreichen Ueberpflanzung von Schilddrüse. Er bezeichnet die scrupulöseste mikroskopische Prüfung des zu übertragenden Stückchens als das wichtigste Geschäft zum Erfolg. Ferner empfiehlt er vorher einen Versuch mit Ingestion von Schilddrüsenpräparaten zu machen, erstens, um zu sehen, wie diese Einverleibung überhaupt vertragen wird, zweitens, weil es scheint, dass durch innerliche Anwendung das gewöhnliche und typische Myxödem der Patienten vermindert wird, was für die Organisation der Pfröpfe günstig sei.

Kummer, welcher den vorliegenden Fall bepfropft hat, ist mit einer Publication beschäftigt, in welcher mehrere einschlägige günstige Ergebnisse aus seiner Praxis mitgetheilt werden sollen.

JONQUIÈRE.

88) **Getzowa** (Gomel). **Ueber die Thyreoidea von Cretinen und Idioten.** *Berner Dissertation. Berlin 1905.*

Langhans fand schon lange bei nicht kretinischen Idioten ähnliche Zustände der Schilddrüse wie bei echten Cretinen und liess dieses Ergebniss durch W. Coulon (Virchow's Archiv, Bd. 147, 1897) eingehend bearbeiten. Verfasserin führt diese Untersuchung unter Langhans an Material des pathologischen Instituts an 5 echten Cretinen, 6 Idioten ohne Cretin-Habitus und 1 Mikrocephalen weiter und kommt auch zum Ergebniss, dass sich die Schilddrüsen dieser Aller bezüglich der Atrophie nicht merklich von einander unterscheiden, und dass auch die hypertrophische Drüse des einen Idioten mit der Hypertrophie bei den Cretinen viel Gemeinsames habe. Das Colloid findet sich nur in vereinzelten Drüsenbläschen und ist stark entartet. Die Läppchen und Bläschen sind klein. Das bindegewebige Stroma ist verbreitert, das Epithel in höchstem Maasse degenerirt. Die Kerne sind besonders mannigfach verändert, klumpig zusammengeballt, die Bläschen oft zusammengeflossen. Die Arterien zeigen die bekannte Knospung, welche vom Endothel ausgeht. Die höher stromaufwärts liegenden Knospen werden als Anpassungsvorgänge beim Uebergang von der normalen zur atrophischen Circulation beurtheilt. Diese Knospen wurden in Venen niemals sicher aufgefunden. Die Venen zeigen vielmehr Faltung in ihrem Lumen, sowie Verwachsung und hyaline Entartung der Falten.

JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

89) **J. Broeckaert. Beitrag zur Chirurgie des Oesophagus. (Contribution à la chirurgie de l'oesophagus.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 2. Fasc. 1905. La Presse oto-laryng. Belge. No. 5. 1905. La Belgique Méd. No. 26. 1905.*

B. hat an einer Reihe operativer Uebungen die verschiedenen Wege aufgesucht, auf welchen man dem Oesophagus beikommen kann:

I. Verfahren vom Halse aus: Der Cervicalweg ist seit langer Zeit gewählt worden, sei es behufs Extraction von Fremdkörpern, sei es zur Lostrennung gewisser Narbenverengerungen. Man hat sogar und zwar mit einem gewissen Erfolg die Oesophagectomie vom Halse aus in Fällen umschriebenen und auch secundären Krebses nach Kehlkopfkrebsen vorgenommen.

B. hat sodann persönliche Untersuchungen angestellt über den besten Weg um an den Brusttheil des Oesophagus auf II. dem hinteren mediastinalen Wege zu gelangen.

Seine Schlüsse sind folgende:

1. Das Verfahren scheint ihm angezeigt, wenn es sich darum handelt, das obere intrathoracische Drittel zu erreichen in der Absicht, eine Resection vorzunehmen. Wegen der Obliquität nach unten rechts vor den Rippen würde die Cervicaloesophagectomie genügen zur Extraction von in diesem Niveau festsitzenden Fremdkörpern.

2. Wenn man das mittlere Drittel der intrathoracischen Portion des Oesophagus erreichen will, ist der Zugangsweg immer rechts gelegen.

3. Vom 8. bis 10. Brustwirbel räth er, den Zugangsweg von links aus zu nehmen.

4. Diese beiden mediastinalen Wege scheinen ihm nur behufs Extraction von Fremdkörpern ihre vollkommene Berechtigung zu haben. Die Resection einer beträchtlichen Portion des Oesophagus ist sehr schwer auf dem hinteren Mediastinalweg zu bewerkstelligen und darf nur für einen engbegrenzten Krebs oder solche Verengerung versucht werden.

5. Die Endportion des Oesophagus, hauptsächlich die Cardia, ist vom vorderen Mediastinum aus unzugänglich.

III. Verfahren vom vorderen Mediastinalwege aus. B. hat am Cadaver und am lebenden Hunde die Untersuchungen von Sauerbruch behufs eines zugänglichen Weges zum Oesophagus durch eine Eröffnung der vorderen Thoraxwand wieder aufgenommen. Die von v. Mikulicz und Sauerbruch angepriesene einfache Thoracotomie scheint ihm ungenügend. Nach zahlreichen Versuchen hat er folgendes Verfahren adoptirt:

a) Transversalincision im IV. oder ausnahmsweise im V. Intercostalraum, beginnend am äusseren Sternalrand in einer Länge von 8—10 cm;

b) Perpendiculär am Sternalrande der Incision führt man eine zweite aus über den V. und VI. Rippenknorpel hin; darauf klappt man den Lappen mit dem adhärirenden Knorpel um und nimmt eine breite Eröffnung der Pleura vor.

c) Zurückschieben der Lunge mit einer sterilisirten Compresse und Loslösen des Oesophagus, welcher sich links von der Wirbelsäule und der Aorta hinter dem Pericardium, überzogen von einem dünnen Pleuralblatt, befindet, mit den Fingern.

Dieser Zugangsweg zum Oesophagus vom vorderen Mediastinalraum aus findet seine Indicationen

1. zur Abtragung eines Krebses des Brusttheils des Oesophagus,

2. im Falle einer unüberwindlichen Verengerung des unteren Theiles desselben.

Im Gegensatz zu Sauerbruch ist B. der Ansicht, dass man auf diesem Weg nicht mehr als 2 cm vom Oesophagus entfernen soll.

IV. Verfahren vom Abdomen aus: Die Gastrotomie ist eine werthvolle Methode zur Extraction von Fremdkörpern, welche im Niveau und selbst oberhalb der Cardia festsitzen; sie ist sogar zu wählen, wenn der Fremdkörper Läsionen der Oesophaguswandungen und Abscessbildungen in der Umgegend hervorgerufen hat.

BAYER.

90) Tschekan. **Zur Chirurgie des Oesophaguskrebses. Zwei Fälle von Gastrostomie infolge von Oesophaguskrebs. (K chirurgii raka pischtschewoda. 2 sl. gastrostomiae po powodu raka pischtschewoda.)** *Wratsch Gaz. No. 11. 1903.*

Hat rein chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

91) H. Neumayer (München). **Die Oesophagoskopie bei der Diagnose und Therapie von Fremdkörpern in der Speiseröhre.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1905.*

Erörterung der Untersuchungsmethode, wie sie sich Autor am Besten bewährte und Bericht über 24 einschlägige Fälle, die Neumayer im Verlaufe von 8 Jahren in Behandlung bekam. Die Krankengeschichten sind in extenso beigegeben. Anschliessend epikritische Betrachtungen, die sich zu kurzem Referat nicht eignen. Bezüglich Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

92) Henrard. **Zwei Fälle von Fremdkörperextraction aus dem Oesaphagus bei Kindern vermittelst einer Zange mit verschiebbaren Branchen unter Beihülfe der Radioskopie. (Deux cas d'extraction de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branches glissantes avec l'aide de la Radioscopie.)** *Archives Méd. Belges. Mai 1905.*

In beiden Fällen handelt es sich um 2 Centimesstücke, festsitzend im Oesophagus im Niveau der ersten zwei Dorsalwirbel, welche der Autor vermittelst einer Zange mit verschiebbarer oberer Branche — System der Gänseschnabelpincette — unter Röntgenstrahlendurchleuchtung entfernen konnte, nachdem im ersten Falle vergeblich das Gräfe'sche Körbchen angewendet worden war.

BAYER.

93) Pons (Gent). **Die Oesophagoskopie; ihr Nutzen vom diagnostischen und therapeutischen Standpunkt aus. (L'oesophagoscopie; son utilité au point de vue du diagnostic et du traitement.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Juli-August-September 1905.*

Historische Einleitung mit Beschreibung der Oesophagoskopie; dieselbe ist für den Oesophagus das, was die Cystoskopie für die Blase und die Rectoskopie für das Rectum ist. Ihr Nutzen als diagnostisches und therapeutisches Hülfsmittel hat sich hauptsächlich für Fremdkörper und Stenosen des Oesophagus bewährt — neben dem Krebs die häufigsten Ursachen von Dysphagie.

Sodann zeigt er an der Hand von eigenen Beobachtungen die Ueberlegenheit der Oesophagoskopie über die anderen diagnostischen Hülfsmittel: die Sondi-

rung und Radioskopie. — Die Oesophagoskopie ist ferner die sicherste Methode, um die Natur und den Sitz eines Hindernisses im Oesophagus zu erkennen, sodann auch zu gleicher Zeit das ungefährlichste Mittel zur Entfernung von Fremdkörpern. In Bezug auf Oesophagusstenosen sind die mittelst der Oesophagoskopie erzielten Resultate derartig, dass sie dem Arzte die Pflicht auferlegen, die Methode zu versuchen, ehe er zu einem blutigen Eingriff sich entschliesst.

BAYER.

94) **E. D. Aubin** (Neu-Seeland). **Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1905.*

Der Fremdkörper war ein kleines rundes Metallrädchen. Ein Versuch, ihn unter Leitung des Fluorescenzschirmes mittels der Zange zu extrahiren, misslang. Als man einen Münzenfänger anwandte, sah man auf dem Schirm, wie der Fremdkörper in den Magen hinabgestossen wurde. Zwölf Stunden später ging er per rectum ab.

A. J. BRADY.

95) **Rolleston** und **Whipman. Eine Hutnadel im Oesophagus, ein Pseudoaneurysma der Art. mesenterica superior hervorrufend. (A hat pin in the oesophagus producing a false aneurism of the superior mesenteric artery.)** *Lancet. 11. Februar 1905.*

Ein 3 Jahre altes Kind zeigte alle Symptome einer tuberculösen Peritonitis: aufgetriebenen Leib, Durchfall, Anschwellung von Leber und Milz; ferner Rasseln über den Lungenspitzen.

Bei der Section fand sich eine grosse Hutnadel im Oesophagus, die das Zwerchfell, den hinteren Theil des Pankreas und den oberen Rand der Arteria mesenterica superior durchbohrt hatte. Es bestand ein kleiner Abscess zu beiden Seiten des Oesophagus, der auf der einen Seite den ersten Dorsalwirbel mittafficirt hatte.

ADOLPH BRONNER.

96) **Moure** (Bordeaux). **Fremdkörper der Speiseröhre und Oesophagoskopie. (Corps étrangers de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Presse médicale. 2. August 1905.*

Verf. stellt nach Bericht zweier von ihm beobachteter Fälle folgende Regeln auf: Zuerst soll eine radioskopische oder noch besser radiophotographische Aufnahme gemacht, dann mit einer Sonde die Lage des Fremdkörpers geprüft und dann nach tiefer Cocainisirung zur Oesophagoskopie geschritten werden.

PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **F. Röpke** (Solingen). **Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen nebst Anleitung zur Begutachtung ihrer Folgezustände.** Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1905.

Der Verfasser hat seine Aufgabe in der vorliegenden Monographie vortrefflich gelöst. Ihm kam dabei die Eigenart seines Wirkungskreises zu Statten, die ihn in den Stand setzte, in jedem Capitel seines Themas eine nicht gewöhnliche Anzahl eigener Beobachtungen anzuführen. Daneben beweist er eine umfassende und eindringende Beherrschung der deutschen und fremden Literaturen. Seine Darstellung ist frisch, temperamentvoll und anregend.

Das eigentliche Thema wird in drei Hauptabschnitte gegliedert: Die Verletzungen der äusseren Nase, die der Hauptnasenhöhle und die der Nebenhöhlen. Jeder dieser Abschnitte wird durch kurze anatomische Bemerkungen eingeleitet; danach wird die Entstehung der Verletzungen besprochen, sodann die Art der Verletzungen, ihre Symptome, Diagnostik, Verlauf und Ausgang, Behandlung; den Schluss bilden Literaturnachweise und eigene Casuistik.

Es ist natürlich nicht möglich, die Summe der Einzelheiten hier auch nur andeutungsweise wiederzugeben. Doch sei es erlaubt, auf einen Gegenstand hinzuweisen, der mir interessant und wichtig erscheint. Verf. hat in einer grösseren Beobachtungsreihe gefunden, dass in der Regel auf der Seite einer Nasenverlegung das Hörvermögen beeinträchtigt ist; und weiter, dass die Hörfähigkeit sich in der Mehrzahl der Fälle „nach operativer Beseitigung der Nasenverstopfung innerhalb weniger Wochen besserte oder gar normal wurde, ohne dass auf das Mittelohr durch Katheterismus oder sonstige therapeutische Maassnahmen eingewirkt war“.

Bei der Besprechung der Siebbeinverletzungen vermisse ich eine Erwähnung der Fälle, in denen bei Stirnhöhlensondirungsversuchen die Sonde durch die Lamina cribrosa hindurch in die Hirnhöhle gestossen worden ist und zum letalen Ausgange Veranlassung gegeben hat.

Den Schluss der Arbeit bildet eine dankenswerthe Anleitung zur Begutachtung der Folgezustände nach den Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Ich wiederhole: Wir haben in der Monographie Röpke's ein vortreffliches Werk vor uns, das eine wirkliche Bereicherung der rhinologischen Literatur darstellt. Nur Eines gefällt mir daran nicht, nämlich der Titel. Er lautet: „Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen.“ Danach müsste es also Verletzungen geben, die mit Nebenhöhlen ausgestattet wären! Hoffen wir, dass dieser Lapsus bei einer bald herauszugebenden zweiten Auflage des Buches beseitigt werden, dass hier der correcte Titel stehen möge: „Die Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.“

Zarniko.

b) British Medical Association*).

70. Jahresversammlung in Manchester. Juli 1902.

Combinirte Sitzung der Sectionen für Laryngologie und Otologie.

Discussion über die Aetiologie und Diagnose von Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterungen.

I. Grünwald (München): Aetiologie: Siebbein- und Keilbeineiterungen kommen selten allein vor und zwar tritt nach G.'s Erfahrung die Keilbeinerkrankung gewöhnlich secundär nach der Siebbeinerkrankung auf. Eine Combination von Keilbein- und Oberkieferhöhlenempyem scheint selten zu sein. Die chronischen Empyeme entstehen aus den acuten in Folge der Behinderung des freien Abflusses.

Diagnostische Zeichen: Bei Keilbeinempyem kann Schwindel und Schmerz vorhanden sein; letzterer kann sehr heftig sein und sich als Kopfschmerz oder Schmerz hinter den Augen äussern. Diese schmerzhaften Empfindungen stellen ein unzuverlässiges Zeichen dar, besonders da sie oft falsch localisirt werden. Häufig ist Verlust des Geruchsinns und Sehstörungen. Beim Siebbeinempyem findet sich oft Schmerz, geistige Depression und Intoleranz gegenüber nervösen Erregungen. Asthenopie kann ebenfalls beobachtet werden und sehr häufig Empfindlichkeit bei Druck auf das Thränenbein.

Objective Symptome: Die hinteren Siebbeinzellen entleeren das in ihnen enthaltene Secret in den oberen Nasengang, die vorderen in den mittleren Nasengang. Die Absonderung aus den Siebbeinzellen pflegt ausgesprochener eitrig zu sein, als die aus der Highmorshöhle, aus der letzteren kommt oft schleimig-eitriges oder sogar rein schleimiges Secret. Bei dem geschlossenen Siebbeinempyem kommt es zu einer Ausdehnung des betreffenden Theils des Muschellabyrinths, die sich in Form einer Knochenblase zeigt. Latente Eiterung giebt gewöhnlich Anlass zur Entstehung von hypertrophischen Geschwülsten an der mittleren Muschel, oft besteht dabei eine Vergrösserung der Muschel, an deren Oberfläche sich Granulationen oder polypoide Degenerationen bilden.

Die Diagnose von Siebbein- und Keilbeineiterungen ist durch die Entdeckung von Eiter in der Höhle gesichert und zwar mit Hülfe einer eingeführten Sonde, an der der Eiter entlangfliesst. Es kann die Exploration der Keilbeinhöhle durch Abnormitäten unmöglich werden; bei den vorderen Siebbeinzellen kommen so viele Varietäten vor, dass Verwechslungen, besonders mit der Stirnhöhle, leicht möglich sind. Die Diagnose einer Eiterung in der Nähe der Lamina papyracea ist wichtig, da eine Eiterung an dieser Stelle leicht zu einer Erkrankung der Highmorshöhle führen kann. Die Differentialdiagnose zwischen Eiterung benachbarter Höhlen wird durch temporäre Tamponade erleichtert. Eine partielle Resection der mittleren Muschel kann bei Fällen von Siebbeineiterung nöthig werden. Bei manifester Siebbeineiterung mit Orbitalabscess erfolgt die Unterscheidung von einer Stirn-

*) Infolge eines durchaus entschuldbaren Versehens von Seiten des Secretärs wurde der Bericht über obige wichtige Sitzung seiner Zeit übersehen; unsere Aufmerksamkeit wurde erst jetzt auf dieses Versehen gelenkt, das Dr. Yonge so liebenswürdig war, sogleich gutzumachen. Wir bringen den Bericht unverzüglich mit der Bitte, die Verzögerung zu entschuldigen. Red.



höhlenerkrankung am besten durch die Erwägung der intranasalen Verhältnisse. An eine maligne Neubildung, bei der es auch zu Eiterung und entzündlichen Hypertrophien kommen kann, muss ebenfalls bisweilen gedacht werden.

II. H. Lambert Lack (London): Aetiologie: Eiterung der Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle kann auf eine acute Rhinitis folgen, besonders auf die schweren Formen, wie sie bei specifischen fieberhaften Krankheiten wie Influenza vorkommen. Chronische Eiterung tritt ein, wenn die Schleimhaut der Höhlen durch die acute Entzündung stark geschädigt wurde, wenn der Knochen afficirt ist oder wenn die Drainage der Höhle beeinträchtigt ist.

Was die Möglichkeit der Infection einer Höhle durch die andere betrifft, so glaubt L., dass die Thätigkeit der Flimmerzellen davor schützt, dass Eiter in eine gesunde Höhle verschleppt wird. Die Flimmerthätigkeit kann eine Höhle entleeren, auch wenn die normale Oeffnung für die Drainage ungünstig gelegen ist, wie bei der Highmorshöhle; sie sollte auch kräftig genug sein, um die gesunde Höhle zu schützen, ausser wenn eine pathologische Communication zwischen den Höhlen besteht. Das Versagen der Flimmerthätigkeit bei oder vor dem Tode erklärt den häufigen Befund von Eiter in den Höhlen bei den Autopsien.

L. wendet sich dann zu den Beziehungen zwischen Ozaena oder atrophischer Rhinitis und Nebenhöhlenerkrankungen; er hat gefunden, dass bei der ersteren Krankheit in ungefähr 80 pCt. der Fälle die Absonderung gänzlich durch Tamponade ohne Behandlung der Nebenhöhlen unterdrückt werden kann. Enthalten die Nebenhöhlen Eiter, so hält L. dies für eine secundäre Erscheinung der Ozaena. Die Keilbeinhöhlen erkranken öfter als die Siebbeinzellen.

Nasenpolypen sind bisweilen die Folge, bisweilen die Ursache der Sinuseiterung.

Behandlung der Siebbeineiterung: Sie zerfällt in die intranasalen Methoden und die Operation von aussen. Erstere — Eröffnung einer oder mehrerer Zellen unter localer Anästhesie — ist anwendbar in Fällen, in denen die Krankheit sehr beschränkt ist. Bei ausgedehnter Erkrankung ist die intranasale Behandlung ungeeignet und gefährlich. Curettage des Siebbeins ist in der Majorität der Fälle die beste Operation und sollte unter leichter Narkose vorgenommen werden. Man bedient sich am zweckmässigsten eines breiten scharfen Ringmessers; wenn man es in der Richtung nach oben gebraucht, soll man keine Gewalt anwenden wegen der Nachbarschaft der Lamina cribriformis. Man soll solange schaben, bis aller weicher Knochen und degenerirte Schleimhaut entfernt ist. Nach L.'s Erfahrung sind ungünstige Folgen der Behandlung weder häufig noch, wenn sie vorkommen, ernster Natur. Sie bestehen in Temperatursteigerung, Mittelohrentzündung und Verwachsungen zwischen Septum und lateraler Nasenwand.

Die Operation von aussen — technisch ähnlich wie die Operation bei Stirnhöhleneiterung — ist als beste und sicherste Methode zu empfehlen, wenn Erscheinungen von Seiten des Cerebrum oder der Orbita auftreten.

Behandlung der Keilbeinhöhleneiterung: Im ersten Stadium kann man es mit Behandlung durch Ausspülung versuchen. Führt das nicht zum Ziel, so erweitere man die natürliche Oeffnung mit dem Hajek'schen Haken oder einem ähnlichen Instrument unter Cocainanästhesie und bei directer Beleuchtung. Vor-

her empfiehlt es sich, die hintere Hälfte oder mehr von der mittleren Muschel zu entfernen. Enthielt die Höhle Polypen oder Granulationen, so kann das Innere der Höhle curettirt werden, jedoch ist es nicht nothwendig, die ganze auskleidende Schleimhaut zu entfernen. In allen Fällen von Eiterung in den hinteren Theilen der Nase ist es wünschenswerth, die vordere Wand der Keilbeinhöhle mit dem Finger zu untersuchen; ist sie cariös, so kann sie mit dem Finger oder der Curette durchbrochen und das Innere curettirt werden.

N. C. Haring: Isolirtes Keilbeinhöhlenempyem beruht oft auf Syphilis. Operationen sollten zur Hebung der Beschwerden vorgenommen werden; eine wirkliche Heilung kann jedoch nicht versprochen werden.

P. Mc. Bride: Die Schwierigkeiten der Diagnose sind bei Stirn- und Siebbeineiterungen gross, da die Fälle häufig complicirt sind. Die Beziehung der Polypenbildung zur Naseneiterung ist bisher noch nicht aufgeklärt.

Greville Macdonald beschreibt eine Methode zur Ausspülung der hinteren oberen Regionen der Nase, die sich zur Behandlung als nützlich erwiesen hat; der Kopf des Patienten hängt dabei über den Rand eines Kissens und es wird eine kleine Quantität Borglycerin-Lösung in die Nase eingeträufelt.

Watson Williams glaubt, dass in den meisten Fällen Influenza die unmittelbare Ursache abgiebt. Die Diagnose ist oft sehr schwierig. Der aus der Keilbeinhöhle stammende Eiter trocknet meist am Dach und der Hinterwand des Nasenrachenraums an, während Eiter aus den hinteren Siebbeinzellen sich öfter in den Choanen oder auf dem weichen Gaumen findet.

Jobson Horne ist der Meinung, dass die relative Häufigkeit der Keilbein- und hinteren Siebbeineiterung übertrieben wird, da die Statistiken sich zum Theil auf Leichenbefunde stützen. Der in den Höhlen post mortem gefundene Eiter ist oft zurückzuführen auf eine inspiratorische Saugwirkung unmittelbar vor dem Exitus und braucht nicht auf einer Erkrankung der Höhle zu beruhen.

Adolph Bronner ist dafür, dass stets erst lokale Behandlung ohne Narkose versucht werden soll. Todesfälle nach radicaler Operation sind häufiger, als man glaubt.

Scanes Spicer hält die aufrecht sitzende Stellung des Patienten für die beste Position zur Radicaloperation in Narkose; sie bietet mehr Sicherheit, da man das Operationsfeld gut übersehen kann. Er zieht die Grünwald'sche Curette dem durch Lack empfohlenen Meyer'schen Ringmesser vor. Er verfolgt den Eiter in die Siebbein- oder Keilbeinhöhle, gewöhnlich nach Resection der mittleren Muschel. Seine Resultate waren sehr zufriedenstellend.

Sir Felix Semon bespricht 1. die diagnostischen Schwierigkeiten dieser Fälle, 2. die Operationsresultate und deren Gefahren, 3. die von Lack vorgebrachte Theorie über die Thätigkeit der Flimmerzellen, die eine sehr befriedigende Erklärung abgebe für die Verschiedenheit der Eiterbefunde in den Höhlen während des Lebens und nach dem Tode.

Herbert Tilley glaubt, dass chronische Antrumeiterung oft zur Siebbeineiterung führt; nach seiner Erfahrung ist auch chronisches Stirnhöhlenempyem stets mit Empyem der vorderen Siebbeinzellen combinirt. Er räth zur sitzenden

Position und Narkose. Gegenüber Lack vertritt er die Meinung, dass der Eiter in den erkrankten Höhlen unter erhöhtem Druck steht in Folge der entzündlichen Schwellung um das Orificium herum und dass er so sehr wohl in eine benachbarte Höhle hineingepresst werden kann.

Wild (Zürich) räth für die Diagnose und Behandlung zu Killian's Rhinoscopia media.

Onodi (Budapest): Die von Jansen geübte Methode der Eröffnung der Keilbeinhöhle vom Antrum aus erwies sich nur bei 3 unter 25 von ihm untersuchten Schädeln als anatomisch möglich. Der gewöhnliche Weg von der Nase aus war der einzige stets sichere.

Samuel Lodge berichtet über 3 tödtliche Fälle von Nebenhöhleneiterung aus seiner Erfahrung. Eugene Yonge (Manchester).

---

c) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 27. April 1905.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. E. v. Navratil: Röntgenbehandlung eines Falles von Sklerom.

Die untere Partie der Nase und die Oberlippe bildet eine stark geschwollene, unförmliche, mit dicken Krusten bedeckte Masse. Am Grunde der Epiglottis, an den Taschenbändern nnd Stimmlippen Skleromknoten. Histologisch typisches Skleromgewebe. Wegen zunehmender Athemnoth Tracheotomia inf. Vortr. beschloss die Röntgenbestrahlung. Die Schwellung der Nase und Oberlippe nahm bedeutend ab, die Oberfläche wurde glatt, die Krustenbildung hörte beinahe gänzlich auf. Einathmen von 2 proc. Kochsalzlösung und progressive Dilatation mittelst O'Dwyer'scher Tuben. Nach 5 Monaten verliess Patient in bedeutend gebessertem Zustande das Spital. Canüle wurde entfernt.

2. E. v. Navratil: Fall von Lymphangioma pharyngis.

Der ganze Pharynx wird durch eine gelappte, fleischfarbige, elastische, mannsfaustgrosse Geschwulst ausgefüllt; dieselbe scheint von der rechten Pharynxwand auszugehen. Wegen Athemnoth sofort Tracheotomie. Später wurde die Geschwulst mittelst heisser Platinschlinge zweimal resecirt. Nach jeder Operation infolge freieren Schluckens und entsprechender Ernährung bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens. Histologische Diagnose: Lymphangioma.

3. Z. v. Lénárt: Fall von pseudoleukämischem Tumor im Epipharynx.

Im Epipharynx eigrosser, blaurother Tumor. Ueberall sehr stark vergrösserte Lymphdrüsen. Milztumor. Bedeutende Zunahme der Zahl der weissen Blutkörperchen.

Sitzung vom 24. Mai 1905.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: Z. Donogány.

1. H. Zwillinger: Ueber einige Streitfragen der Operation der hyperplastischen Rachenmandel.

Referirt in den halbjährigen Berichten.

2. E. v. Navratil: Fibromata laryngis et tracheae. Tracheotomie. Laryngofissur. Heilung.

Der ganze Kehlkopf ist durch eine blassrothe Geschwulst ausgefüllt; wegen Suffocationserscheinungen sofortige Tracheotomia inf. Der hiernach vorgenommene endolaryngeale Eingriff förderte zwar 5 erbsengrosse Geschwülste zu Tage, die unteren Partien des Kehlkopfes waren aber immer noch obturirt. Aus diesem Grunde wurde am 27. April l. J. die Laryngofissur ausgeführt. Eröffnung des Kehlkopfes in der Mittellinie; Entfernung einer nussgrossen und einer haselnussgrossen Geschwulst aus den unteren Theilen des Kehlkopfes und der Trachea, bei unversehrten Taschen- und Stimmbändern. Schildknorpelnaht; Hautnaht. Heilung per primam. Histologische Diagnose: Weiches Fibrom.

Kranker wird demonstrirt. Stimmbänder intact, fungiren tadellos. Kranker athmet seit 2 Wochen bei verstopfter Canüle.

Am 25. Mai wurde die Canüle entfernt; am 29. Mai verliess der Kranke geheilt, im Besitze einer ganz klaren Stimme, das Spital.

3. A. Lipscher: Larynxstenose, verursacht durch tuberculöse Granulationen. Tracheotomie. Laryngofissur.

Stellt zwei Fälle aus der v. Navratil'schen Abtheilung vor; in beiden Fällen war der Kehlkopf mit tuberculösen Granulationen erfüllt, bei gleichzeitiger Lungentuberculose. An beiden wurde nach tiefer Tracheotomie die Laryngofissur ausgeführt und die Granulationen mittelst Scheere und scharfem Löffel entfernt und der Larynx mit Knopfnähten vereint. Heilung per primam.

Beide Patienten athmen bei verschlossener Canüle frei; die Stimmritze ist weit, Stimmbänder gut sichtbar, Stimme rein. v. Navratil.

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Februar 1905.
Vorsitzender: Charters Symonds.

Charles Parker: Fall von Larynxtuberculose bei einer 31jährigen Frau; Beginn der Krankheit während der 5. Schwangerschaft, seitdem vier weitere Schwangerschaften.

Der Kehlkopf zeigte, als er zuerst untersucht wurde, eine starke Infiltration der Aryknorpelgegend und eine Ulceration der Hinterwand. Besserung unter Milchsäurebehandlung. Es bestanden tuberculöse Veränderungen an den Lungen. Pat. wurde von Zeit zu Zeit 5 Jahre lang gesehen. Augenblicklich sind alle Zeichen

einer activen Lungenerkrankung verschwunden, auch die Erkrankung des Larynx ist in ein chronisches Stadium getreten.

Herbert Tilley hat einen Fall von Larynxtuberculose gesehen, der die Schwangerschaft 6 Jahre überlebte.

Lambert Lack hat eine ähnliche Erfahrung gemacht. Eine seiner Patientinnen mit Larynxtuberculose lebte noch 3 Jahre nach der Schwangerschaft, wenn auch in einem schlechten Zustande.

Sir Felix Semon macht auf die im Allgemeinen sehr schlechte Prognose dieser Fälle aufmerksam und erörtert die Frage der künstlichen Frühgeburt.

Scanes Spicer bezweifelt, dass es sich in den mitgetheilten Fällen um absolut sichere Tuberculose handelte.

Clifford Beale hat gleichfalls einen Fall von Infiltration im Kehlkopf und acuter Lungentuberculose gesehen, der erst 5 Jahre später zu Grunde ging.

Parker stellt auf eine Anfrage fest, dass zwar momentan keine Bacillen im Auswurf sind, dass aber solche vor 5 Jahren gefunden wurden; zu dieser Zeit waren die Erscheinungen über der Lunge zweifellos tuberculöser Natur. Was den Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberculose anbetrifft, so besteht ein Unterschied, ob die Schwangerschaft bei einer bereits Tuberculösen eintritt oder ob umgekehrt die Tuberculose während oder unmittelbar nach der Schwangerschaft beginnt; im ersteren Fall glaubt er nicht an einen unheilvollen Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf der Krankheit, die Fälle der zweiten Kategorie haben einen rapiden ungünstigen Verlauf.

Frederick Spicer: Diffuse Papillome der Stimmbänder.

Die Geschwülste nahmen bei dem Patienten — einem erwachsenen Mann — den vorderen Theil der Stimmbänder ein.

Bronner, Dundas Grant, Clayton Fox, Scanes Spicer, St. Clair Thomson betheiligen sich an der Discussion.

Sir Felix Semon nimmt Bezug auf eine von einem der Vorredner gemachte Bemerkung, wonach der Sitz an der vorderen Commissur gegen die tuberculöse Natur der Tumoren spräche, obwohl ihr Aussehen ein solches vermuthen lassen würde. Er erinnert sich, in 3 Fällen Tumoren von der vorderen Commissur entfernt zu haben, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als unzweifelhaft tuberculöser Natur erwiesen.

Edward Law: Heiserkeit, Husten, Schmerzen, geringe Hämoptysis bei einem 69jährigen Manne, bei dem vor 22 Jahren ein Tumor von der rechten Stimmlippe entfernt war.

L. hat den Patienten zusammen mit dem verstorbenen Dr. Whistler im Jahre 1883 gesehen, wo dieser von der Unterfläche der rechten Stimmlippe einen erbsengrossen gestielten Tumor entfernte. Es trat kein Recidiv ein. Pat. wurde mehrere Male bis zum Jahre 1896 untersucht. Im Jahre 1904 kehrte er mit oben bezeichneten Symptomen zurück. Man fand beide Stimmbänder verdickt, hyperämisch, aber frei beweglich; an der Hinterwand fand sich ein kleines Knötchen

mit einem hämorrhagischen Punkt darauf. Von Mai 1904 bis Januar 1905 ist keine wesentliche Aenderung eingetreten, nur bewegt sich das rechte Stimmband nicht ganz vollkommen.

Scanes Spicer glaubt an eine maligne Erkrankung.

Sir Felix Semon kann bisher nichts Charakteristisches für eine maligne Erkrankung sehen, räth aber, den Patienten unter Beobachtung zu halten.

Waggett hat eine geringe Veränderung nach Jodkali eintreten sehen.

(E. B. Waggett hat nachträglich in diesem Fall die Thyreotomie vorgenommen; es stellte sich heraus, dass es sich um ein Epitheliom handelte.)

De Santi: 35jährige Frau, in der letzten Sitzung wegen eines Kehlkopftumors vorgestellt, der für tuberculös gehalten wurde und sich bei mikroskopischer Untersuchung als zweifelloses Carcinom erwies.

Redner erörtert die Frage der Operation in diesem Fall und weist darauf hin, dass Larynxcarcinome, die bei Frauen so selten sind, wenn man sie beobachtet, so verhältnissmässig häufig in der Gegend der Ringknorpelplatte vorkommen und sich grade bei jüngeren Frauen entwickeln.

Scanes Spicer, Powell, Sir Felix Semon, Lambert Lack, Bronner, Steward, Waggett betheiligen sich an der Discussion. Mehrere der Redner weisen auf die Betheiligung des Pharynx bei der Erkrankung hin, so dass man in diesen Fällen mehr von einem Rachen- als von einem Kehlkopfkrebs sprechen kann.

Paget: I. Fixation des linken Stimmbandes bei einem 40jährigen Manne.

Davis, Robinson, Scanes Spicer, Potter discutiren die resp. Möglichkeit eines Aortenaneurysmas.

II. Tumor der rechten Stimmlippe bei einer vor 12 Jahren wegen eines Kehlkopfpapilloms operirten Frau.

Scanes Spicer und William Hill halten den Fall für eine hypertrophische Laryngitis.

Steward: Recidivirende Ulceration der Tonsillen verbunden mit Lymphadenom bei einer 64jährigen Frau.

Pat. wurde 5 Monate zuvor zum ersten Male untersucht; sie zeigte Schwellung und Röthung der rechten Tonsille, Drüsenschwellung rechts am Halse. Nach 14tägiger Behandlung war die Tonsille normal und die Drüsen verschwunden, einen Monat später zeigte Pat. eine oberflächliche Ulceration der linken Tonsille und erhebliche Drüsenschweilung. Innerhalb weniger Tage bildete sich eine oberflächliche graue Ulceration. Nach weiteren 6 Wochen fand sich Schwellung und Ulceration beider Tonsillen nebst Schwellung der Drüsen auf beiden Halsseiten. Es trat wieder Besserung ein, auf die jedoch bald wieder ein neues Recidiv folgte. Zur Zeit findet sich eine Ulceration auf der linken Tonsille und zu beiden Seiten des Halses sind grosse, harte, schmerzhafte Drüsenmassen vorhanden. Es besteht auch Schwellung der Achseldrüsen. Leukocytose besteht nicht.

Lack betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen mikroskopischen Diagnose in diesen Fällen und bespricht die Chancen der Radicaloperation.

Beale bespricht besonders den mikroskopischen Befund.

Tilley berichtet über einen Fall, bei dem bereits die Tracheotomie erforderlich schien und der sich dann unter Arsen erheblich besserte.

Der Vorsitzende, Baber, Sir Felix Semon und Thorne betheiligen sich gleichfalls an der Discussion.

Bennett: Photographien einer malignen Geschwulst.

Ausgedehnte Erkrankung mit Betheiligung der Drüsen. Es wurde nach Unterbindung der Carotis communis die Hälfte des Larynx exstirpirt. Später wurde auch die linke Larynxhälfte entfernt, die Schleimhaut zum Verschluss der Pharynxfistel benutzt. Tod einige Monate später; die prävertebralen Drüsen waren ergriffen worden.

De Santi: Maligner Drüsentumor am Halse; Anschwellung im Kehlkopf auf derselben Seite; 60jähriger Mann.

Tilley: Fall von Schanker der Zunge.

Eine schmerzhafte Ulceration mit wallartig erhabenen Rändern von der Grösse eines 6 Pencestücks mit kleinen indurirten Drüsen.

Discussion über die Diagnose, an der sich Baber, Robinson, De Santi und Powell betheiligen.

Cathcart: 1. Ein Fall von tuberculöser Kehlkopfpachydermie (?).

2. Combinirte functionelle und organische Kehlkopflähmung bei einem 35jährigen Sänger.

Von einem Theil der Discussionsredner wird auf einen eventuellen Zusammenhang der von Sir Felix Semon für rein functionell gehaltenen Lähmung mit einer bei dem Patienten bestehenden Rhinitis atrophicans mit Borkenbildung hingewiesen.

Bennett: Fall von ausgedehnter Ulceration der Nasenscheidewand.

Pat. ist seit 6 Jahren in Behandlung; er leidet seit dieser Zeit an heftigen Schmerzen und Blutungen. Keine Anzeichen einer Nasenhöhlenerkrankung. Jodkali und Hg. haben keinen Effect. Keine Anzeichen von Tuberculose.

Thomson und Waggett halten den Fall für eine Ethmoiditis. Ferner sprachen Robinson und Dundas Grant.

Stephen Paget: Tumor des linken Stimmbandes bei einem 46jährigen Mann, der seit 15 Monaten an leichter Heiserkeit leidet.

Waggett und Powell halten den Tumor für papillomatös; die Stimmbänder bewegen sich frei.

Thomson und De Santi halten eine maligne Erkrankung für vorliegend.

Sitzung vom 17. März 1905.

Vorsitzender: Charters J. Symonds.

Anlässlich der Garcia-Feier ist eine Anzahl hervorragender auswärtiger Vertreter der Laryngologie anwesend.

Charles Parker demonstrirt nochmals die in der letzten Sitzung vorgestellte Patientin mit im Verlauf der Schwangerschaft aufgetretener Larynxtuberculose.

Pat. war 5mal schwanger; sie hat 3 lebende Kinder geboren und 2mal Fehlgeburten gehabt.

Herbert Tilley: Demonstration von 6 Patienten, bei denen wegen Empyem der Stirnhöhlen und anderer Nebenhöhlen die Radicaloperation vorgenommen wurde.

Unter „Radicaloperation" versteht T.:

1. Bei der Stirnhöhle: Entfernung der vorderen Wand, Curettage der Schleimhaut, Anlegung einer breiten Communication mit der Nase nach Zerstörung der vorderen Siebbeinzellen und Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel. Dann leichte Tamponade der Höhle, bis die Höhle durch Granulationsbildung obliterirt ist.
2. Highmorshöhle: Breite Oeffnung in der Fossa canina, Curettage, Abtragung des grössten Theils der inneren Wand; Naht der Schleimhautwunde.
3. Keilbeinhöhle: Entfernung der mittleren Muschel, Zerstörung der vorderen Keilbeinhöhlenwand mit Haken. Keine Curettage.

Chiari und Cresswell Baber gratuliren dem Vortragenden zu dem guten kosmetischen Resultat in seinen Fällen.

De Santi: Epitheliom des Pharynx und Larynx bei einer 35jährigen Frau.

Moure, Gluck, Chiari und De Santi discutiren den etwas zweifelhaften Fall.

De Santi und Purves Stewart: Ein Fall von einseitiger angeborener Affection der Medulla und des Rückenmarkes bei einem 41jährigen Mann nebst kurzen Bemerkungen über die pathologischen Veränderungen in Mund, Hals und Ohr.

Der Fall ist ausführlich im Brain (Vol. 105, 1904) veröffentlicht worden. Auf Grund der genauer mitgetheilten pathologischen Befunde kamen die Vortragenden zu folgenden Schlüssen:

Die Atrophie der Kehlkopfmuskeln hängt von der Läsion des Vagus ab; der untere Theil des Vaguskerns fehlt, der Stamm ist erheblich an Volumen reducirt, besonders die Nn. laryngeus superior und recurrens.

Das Fehlen des rechten M. levator veli palatini und die Verringerung im Volumen des rechten Azygos uvulae und des Constrictor medius pharyngis entsprechen einer Läsion derjenigen Vagusportion, die früher als „bulbäre Portion des N. accessorius spinalis" bezeichnet wurde.

Die Missbildung des M. temporalis und des Oberkiefers beruht wahrscheinlich auf der angeborenen Atrophie der Spinalwurzel des Trigeminus.

Sir Felix Semon: Ein Fall von weichem Fibrom des Kehlkopfs und des Halses mittelst Operation von aussen her ohne Eröffnung der Kehlkopfhöhle entfernt.

Der Fall ist der Gesellschaft am 9. März 1898 und 3. Juni 1904 vorgestellt und im British Med. Journal, 7. Januar 1905 veröffentlicht worden.

Chiari und der Vorsitzende gratuliren dem Redner zu dem schönen Erfolg.

Charters Symonds: Ein Fall von totaler Exstirpation des Larynx.

Es handelte sich um einen 22 jährigen Patienten. Der Tumor erfüllte das ganze Larynxinnere und hatte bereits den Knorpel ergriffen. Ausser dem Larynx wurde auch die linke Hälfte der Schilddrüse und tiefe Halsfascie entfernt. Die Trachea wurde an die Haut angenäht und der Pharynx mit 2 Reihen Nähten geschlossen, die Muskeln und die Haut offen gelassen und die Höhle mit Gaze tamponirt. Gute Heilung. Kein Recidiv seit Juli 1904.

St. Clair Thomson: Epitheliom des Larynx bei einem 49jährigen Mann; Laryngofissur vor 8 Monaten; kein Recidiv.

Cfr. Sitzung vom Januar 1905.

Botella (Madrid) hat in einem Fall ein Recidiv noch nach 2 Jahren auftreten sehen.

Gluck hat einen 65jährigen Mann operirt, der $8^1/_2$ Jahre nach der Heilung einen Krebs der anderen Larynxhälfte bekam. Diese und die Drüsen wurden exstirpirt und Pat. lebte bis zum 77. Jahre.

Sir Felix Semon sagt, dass es keinen bestimmten Zeitpunkt nach der Operation gäbe, von dem aus man eine definitive Heilung datiren könne. Er selbst hat an 30 von ihm operirten Fällen die weiteren Schicksale verfolgen können und glaubt sagen zu dürfen, dass, wenn die Operation frühzeitig unternommen worden ist und der Pat. nach einem Jahre sich noch wohl befindet, die Wahrscheinlichkeit eines Recidivs sehr gering ist. Die Erfahrung Butlin's, der ein Recidiv noch nach $3^1/_2$ Jahren sah, zeigt, dass 3 Jahre einen ebenso willkürlichen Zeitpunkt bedeuten, wie ein Jahr. Man kann dem Patienten jedoch die Hoffnung geben, dass wenn er ein Jahr lang recidivfrei ist, er es auch bleiben wird.

Moure bestätigt die Bemerkungen Semon's.

Gluck hat bei einem 63jährigen Mann das rechte Stimm- und Taschenband wegen eines Pflasterzellencarcinoms entfernt; 3 Jahre später starb der Pat. an einem Cylinderzellenkrebs. Der Larynx wurde bei der Section völlig gesund befunden.

Walker Downie verfügt über einen vor 17 Jahren durch Thyreotomie geheilten Fall bei einer jetzt 69jährigen Frau.

De Santi erinnert an den grossen Unterschied zwischen den Fällen, in denen sich das Carcinom nur auf das Kehlkopfinnere beschränkt und denen, wo dies nicht der Fall ist; bei der letzteren Form muss man viel länger auf ein Recidiv gefasst sein.

St. Clair Thomson: Primärer Lupus des Larynx — völlig geheilt — und des Pharynx — fast geheilt — bei einer 22jährigen Frau.

Edward Law: Ein Fall von Borkenbildung in der Trachea mit zeitweiliger ausgesprochener Stenose.

Pat. ist bereits in der vorigen Sitzung vorgestellt. Es ist eine Besserung eingetreten unter Inhalation mit Sauerstoff und Ozon.

Milligan: Demonstration von Mikrophotographien von Präparaten von Tumoren.

Atwood Thorne und Lunn: Fall von Epitheliom der Nase (vorgestellt im Januar 1904). Demonstration des Patienten und von Präparaten.

Die Nase war ausgefüllt gewesen von einer granulirenden Masse, die von der äusseren und inneren Wand des Vestibulum ausging. Der Tumor wuchs allmälig und als Patient im Februar in das Krankenhaus aufgenommen wurde, hatte die Geschwulst die Grösse eines kleinen Apfels. Es wurde die Resection der Nase vorgenommen, die Nasenbeine und der Vomer resecirt. Dann wurde eine Zeit lang mit Röntgenstrahlen behandelt. Mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Carcinom handelte. Seit der Operation, die vor 14 Monaten vorgenommen wurde, kein Recidiv.

Betham Robinson: Narbiges Diaphragma infolge hereditärer Syphilis zwischen dem hinteren Drittel der Zunge und der hinteren Pharynxwand.

Pat. ist eine 22jährige Frau.

Dundas Grant: Fall von Pharynxdivertikel, der sich in den Sinus piriformis öffnet.

Es sind Röntgenaufnahmen gemacht, nachdem Pat. eine Quantität Wismuth geschluckt hatte; diese Photographien zeigen die Tasche mit Wismuth gefüllt. Pat. hatte seit einem Jahre Schluckbeschwerden. Man fühlte rechts neben dem Kehlkopf eine längliche Anschwellung; drückte man von aussen auf diese, so sah man laryngoskopisch, wie eine grosse Menge Flüssigkeit sich aus dem Sinus piriformis entleerte. Geringe Mengen Nahrung wurden einige Stunden nach den Mahlzeiten regurgirt.

H. J. Davis: Fixation der linken Stimmlippe bei einem 49jährigen Mann nebst pulsirendem Brustaneurysma.

Die deutlichen Anzeichen eines Aneurysma entwickelten sich viele Monate nach dem Auftreten der Lähmung. Der Fall war dadurch complicirt, dass eine Lähmung der rechten Seite des Gaumensegels und eine Parese des rechten Armes bestand. Es trat Besserung unter Jodkali ein. Pat. hatte sicher Syphilis durchgemacht.

Poli, Powell, Ball, Dundas Grant, Smurthwaite betheiligen sich an der Discussion.

Lambert Lack: Epitheliom der Epiglottis und Zungenbasis, entfernt mittels Pharyngotomia subhyoidea.

Mai 1903 erkrankte der Pat. und wurde im Januar 1904 der Gesellschaft vorgestellt. Er hatte ein Epitheliom der Epiglottis, der ary-epiglottischen Falten, der Plica glosso-epiglottica und des angrenzenden Theils der Zunge; die Drüsen waren miterkrankt. Es wurde die Pharyngotomia subhyoidea vorgenommen. Sorgfältige Naht der Muskeln und Fascien bildete einen wesentlichen Bestandtheil der Operation. Jetzt, 2 Jahre nach der Operation, befindet sich Pat. in einem verhältnissmässig guten Zustande.

Lambert Lack: Epitheliom des rechten Aryknorpels und der angrenzenden Theile, durch seitliche Pharyngotomie entfernt.

Pat. ist ein 56jähriger Mann. Vortragender giebt eine genaue Schilderung des Verlaufes der am 3. April 1904 vorgenommenen Operation. Es wurde der rechte Aryknorpel und rechte ary-epiglottische Falte und ein kleiner Theil der Pharynxwand entfernt. Die Pharynxwunde wurde durch drei Reihen Nähte geschlossen. Pat. ging 8 Tage lang mit einer Hahn'schen Canüle und wurde während dieser Zeit mittels der Sonde ernährt. Pat. geht es zur Zeit gut; er spricht mit heiserer, schwacher Stimme.

Barwell: Zwei Fälle von geheilter Kehlkopftuberculose.

1. 33jähriger Mann mit Spitzenaffection und Schwellung beider Aryknorpel, Infiltration des linken Taschenbandes. Mittels der Lack'schen Zange wurden aus der Aryknorpelgegend grosse Stücke abgetragen, dann täglich Application einer Lösung von Milchsäure, Formalin und Carbolsäure. Nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung ist jetzt seit 2 Monaten völlige Heilung vorhanden.

2. Tuberculöses Geschwür des Stimmbandes unter derselben Behandlung geheilt.

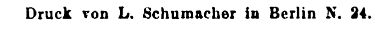
Watson Williams: 1. Rhinorrhoea cerebrospinalis spontan geheilt.

Cfr. Brit. Med. Journal 1901. Vol. II.

43jährige Frau; Ausfluss aus der rechten Nase. Täglicher Verlust $^1/_2$ Liter Flüssigkeit. Es wurde eine Lumbalpunction gemacht, jedoch ohne Resultat. Vor 3 Monaten fing der Ausfluss an nachzulassen und seit einem Monat hat er ganz aufgehört. Es war niemals irgend etwas Abnormes in der Nase gefunden worden.

2. Ein Fall von geheiltem Empyem der Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen.

Ausser diesen Fällen wurde eine grosse Anzahl interessanter makroskopischer und mikroskopischer Präparate vorgestellt. E. B. Waggett.



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Februar. 1906. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente.

1) **Hanau W. Loeb. Nase, Hals und Ohr in der Rechtswissenschaft. (Jurisprudence of the nose, throat and ear.)** *The Laryngoscope. October 1905.*

Ein Versuch der Darstellung derjenigen gerichtlich-medicinischen Fälle, in denen Hals, Nase und Ohr eine Rolle spielen.

EMIL MAYER.

2) **Max Goerke** (Breslau). **Degenerative Vorgänge im Pflasterepithel der Schleimhaut der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 545.*

Bei 7 Fällen verschiedenartiger, pathologischer Bildungen in den oberen Luftwegen fand Verf. eine eigenartige Epithelveränderung, die er folgendermaassen beschreibt:

1. Im geschichteten Pflasterepithel der Schleimhaut traten unter pathologischen Verhältnissen häufig Veränderungen auf, die zur Bildung von Hohlräumen innerhalb der Stachelzellschicht führen.
2. In den meisten Fällen entstehen diese Hohlräume durch Ansammlung von Lymphflüssigkeit zwischen den Zellen der Malpighi'schen Schicht („Lymphlachen").
3. In anderen Fällen ist diese Bildung von Hohlräumen auf eine Degeneration der Stachelzellen zurückzuführen.
4. Diese Degeneration kann einmal in einer Verflüssigung des centralen Plasmas bestehen und zu dem bekannten Bilde der „reticulirenden Degeneration" (Unna) führen.
5. Seltener kommt es zu einer eigenthümlichen Umwandlung des Protoplasmas in homogene Kugeln, die als Colloid aufzufassen sind.
6. Alle 3 Processe können nebeneinander vorkommen.
7. Den Anstoss zu dieser Umwandlung der Epithelzellen giebt die qualitativ und quantitativ veränderte, durch das Epithel hindurchströmende Lymphflüssigkeit bei entzündlichen Vorgängen unterhalb des Epithels.

F. KLEMPERER.

3) **Ahrent** (Frankfurt a. M.). **Ueber einen Fall von ausgesprochen reflectorischer Inspirationsdyspnoe.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. p. 351.*

50jähriger Mann mit gesunden Organen, speciell normalem Lungenbefund, in der Nacht ohne Beschwerden, beim Aufstehen, mehr noch beim Gehen und Treppensteigen, stark dyspnoisch: Krampfhaftes, lang ausgedehntes Inspirium, freies Exspirium. Jodkali und Morphium brachten keine Besserung. Durch Abtragung der auf beiden Seiten stark ausgebildeten Prominentiae septi, welche den mittleren Muscheln eng anlagen, wurde die Dyspnoe mit einem Schlage vollständig beseitigt.

F. KLEMPERER.

4) **H. Dorendorf** (Strassburg i/E.). **Ein Beitrag zur Lepra der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 71. 1904.*

Verf. hat auf den Canarischen Inseln 35 Leprakranke beobachtet, und berichtet über die Erscheinungen derselben an Nase, Rachen und Kehlkopf. Eine Analyse der Fälle spricht dafür, dass die Leprainfection besonders häufig durch die Schleimhaut der oberen Luftwege, speciell die Nasenschleimhaut, stattfindet.

F. KLEMPERER.

5) **R. Sondermann. Aspirationstherapie bei Ohren- und Nasenkrankheiten. (Aspiration in diseases of the ear and the nose.)** *Lancet. 12. August 1905.*

Eine Abhandlung über die bereits in mehreren deutschen Arbeiten publicirte Aspirationstherapie des Verf.

A. BRONNER.

6) **Monnier. Resultate der systematischen Anwendung des Penghawar bei Flächenblutungen der Schleimhäute und der Haut. (Résultats de l'application systématique du penghawar dans les hémorragies en nappe des muqueuses et de la peau.)** *Archiv. internat. de laryngologie. No. IX. 1904.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

7) **O. Loewi** und **H. Meyer. Ueber die Wirkung synthetischer, dem Adrenalin verwandter Stoffe.** *Archiv f. exp. Pathol. LIII. 3. S. 213.*

Die wahrscheinlichste Formel für Adrenalin ist $(OH_2)C_6H_3 - CH(OH) - NHCH_3$.

J. KATZENSTEIN.

8) **Otto J. Stein. Formalin bei der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenhankheiten. (Formalin in the treatment of diseases of the ear, nose and throat.)** *Chicago Medical Recorder. 15. November 1905.*

Verf. hat das Formalin bei Diphtherie und diphtherieähnlichen Erkrankungen angewandt. Er hält es ferner für das beste Mittel, um tuberculöse Kehlkopfgeschwüre zu behandeln. Die Geschwüre werden erst gereinigt, dann wird eine 10 proc. Cocainlösung darauf gespritzt, und 5—10 Minuten später eine 5—10 proc. Lösung von Formalin mit dem Watteträger eingerieben. Diese Behandlung wird 2—3 Mal wöchentlich ausgeführt. Als Gurgelwasser verschreibt Verf. eine $^1/_2$ proc. Lösung, während er bei Angina lacunaris eine 2—5 proc. gebrauchen lässt.

EMIL MAYER.

9) **Bloch. Ueber die Anwendung von Natriumperborat (Wasserstoffsuperoxyd in statu nascendi) in der oto-rhino-laryngologischen Praxis. (De l'emploi du perborate de soude — eau oxygénée à l'état naissant — dans la pratique oto-rhino laryngologique.)** *Arch. intern. laryngol. Mai-Juni. No. III. 1905.*

Das vom Verf. empfohlene Präparat ist eine Combination von Wasserstoffsuperoxyd mit Borax. Es stellt ein weisses Pulver dar, das sich bei Auflösung in Wasser in Borax und H_2O_2 zerlegt. Dem gewöhnlichen H_2O_2 gegenüber, das stets etwas sauer reagirt, hat es den Vorzug, alkalisch zu reagiren. Verf. verwendet das Mittel bei acuter und chronischer Mittelohreiterung und eitrigen Nebenhöhlen; es übt keinerlei irritirende Wirkung auf die Schleimhaut aus.

E. J. MOURE.

10) **Gemusens** (Aarberg-Bern). **Das Stovaïn, ein neues Localanästheticum.** *Dissertation. Bern 1905.*

Das Stovaïn wurde März 1904 von Fourneau der Académie de Médecine unterbreitet. Es ist Bestandtheil einer vom gleichen Erfinder dargestellten Reihe von Körpern, welche sich vom tertiären Amylalcohol ableiten lassen. Es ist das Chlorhydrat des Amylen AB. Es crystallisirt in weissen, glänzenden Plättchen und ist in Wasser, Methylalcohol und -Essigäther leicht, in Alcohol nur zu $^1/_5$ löslich. Beim Thierexperiment zeigt es sich als Gift des Centralnervensystems und $3^1/_2$—4 Mal giftiger als das Cocain: Trismus, allgemeine clonische und tonische Zuckungen, Tetanus, beginnen schon 8—10 Secunden nach der Injection und folgen sich rasch bis zum Tode an Asphyxie. Anatomisch: Vasodilatation, Lungencongestion, Lungenödem.

Es wurde bisher, namentlich von französischen Chirurgen, angewandt als subcutane und auch intradurale Injection von 1—4 ccm einer 1 proc. Lösung zu folgenden Operationen: von Haut- und Unterhauttumoren, zu Amputation und Exarticulation von Phalangen, Cancroiden, Fussnägeln, Operation von Hernien, Hämorrhoiden, nicht adhärenten Ovarialcysten, zu Schieloperationen, Zahnziehen u. a. m.

Verf. machte in seiner ländlichen Privatpraxis 100 Anwendungen des Stovaïns, wovon 95 Zahnextractionen und 5 Fälle kleiner Chirurgie. Mit 12 ccm 4 proc. Lösung konnte er bequem, ohne jeglichen Schmerz, 15 Stockzähne resp. Wurzeln in einer Sitzung, 5 Minuten nach der Einspritzung ins Zahnfleisch, entfernen. Nur das Ansetzen der Zange wurde einige Male leicht empfunden, das Ziehen gar nicht. Trotz der Dose von 0,48 Stovaïn befand sich Pat. während der Operation vollkommen wohl, Puls 100, aber sonst normal. Die ganz zuverlässige Lösung ist die 4 proc., wovon gewöhnlich 2 ccm eingespritzt werden. Die Schlussfolgerungen der französichen Autoren und des Verf. sind folgende: 1. Das Stovaïn ist dem Cocain, bezüglich der Anästhesie, vollkommen gleichwerthig. 2. 2—4 Mal weniger giftig als Cocain. 3. Seine Anwendung ist frei von jeglichen Begleiterscheinungen unangenehmer Art intra oder post operationen. 4. Es hat ausgesprochene antiseptische Eigenschaften. 5. Stovaïn ist ein Vasodilatator, Cocain Vasoconstrictor. Stovaïn wird daher günstig sein zum Operiren in aufrechter Stellung und weniger Ohnmachten herbeiführen, als das Cocain, z. B. bei Eingriffen in der Nase. Dagegen dürfte es weniger geeignet sein als dieses zu blutigen Nasenoperationen.

Leider liegen gar keine Mittheilungen vor über die Anwendung des Stovaïn in Form von Einpinselungen oder Spray, was für unsere Specialfächer von äusserster Wichtigkeit wäre, so dass das Stovaïn im negativen Fall für die Mehrzahl unserer Eingriffe unbrauchbar sein würde.

G. JONQUIÈRE.

11) **H. Large** und **Edgar D. Brown** **Thierversuche mit Aethylchlorid. (Experiments on animals with ethyl chloride.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

Die Versuche ergaben, dass Aethylchlorid schneller wirkt und ein geringeres Excitationsstadium im Gefolge hat, als Aether, und dass es sich zur Anwendung bei kurzen Operationen gut eignet. Es ist nicht nothwendig, dass die Reflexe ausgelöscht sind, bevor die Schmerzempfindung aufgehoben ist. Aethylchlorid kann zur Einleitung einer Aether- oder Chloroformnarkose gebraucht werden; es scheint erst eine Reizung und dann eine Lähmung des Athmungscentrums zu bewirken. Auf das Herz wirkt es durch das Vaguscentrum, so dass eine Neigung zum Herzstillstand vorhanden ist, ähnlich, wie man es im ersten Stadium der Chloroformnarkose sieht. Untersuchungen am ausgeschnittenen Herz zeigen, dass das Aethylchlorid einen directen depressiven Einfluss auf den Herzmuskel hat. Eine prolongirte Anwendung ist nicht ohne Gefahr, wenigstens bei der jetzigen Methode der Anwendung.

Was die klinische Anwendung anbelangt, so haben Verf. das Aethylchlorid bisher in 200 Fällen angewandt; der jüngste Patient war 10 Monate, der älteste 68 Jahre alt. Nur in 2 Fällen gelang die Anästhesirung nicht. Nur in 2 Fällen war Uebelkeit und Erbrechen vorhanden; wahrscheinlich rührte dies jedoch von verschlucktem Blut nach Tonsillotomie her. Die für das Zustandekommen der Anästhesie nöthige Zeit schwankte von $^1/_2$ – $3^1/_2$ Minute; die Anästhesie dauerte 1—4 Minuten. Die Operationen bestanden in Tonsillotomie, Adenotomie, Paracentesen etc. Verf. bedienen sich jetzt einer verbesserten Form von Maske, bei der in diese nur die Dämpfe des Aethylchlorid eintreten; seitdem gelang jede Narkose. In 26 Fällen wurde das Mittel zur Einleitung einer Aether- oder Chloroformnarkose gebraucht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **L. A. Coffin.** **Die Entwickelung der Nebenhöhlen der Nase. (The development of the accessory sinuses of the nose.)** *Amer. Journal Med. Scs. Februar 1905.*

Nach einer Literaturübersicht über den Gegenstand beschreibt Verf. seine eigenen Präparate, auf Grund deren er zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Bei der Geburt sind von den Nebenhöhlen nur 2 vorhanden, nämlich die Oberkieferhöhle und die Siebbeinzellen; diese beiden sind constant. Im frühen Kindesalter hat das Antrum zur Orbita nicht dasselbe Lageverhältniss, wie im späteren Leben. Die Keilbeinhöhle beginnt sich kurz nach der Geburt zu zeigen; als deutliche Höhle tritt sie gegen Ende des ersten Lebensjahrs hervor. Die Stirnhöhle erscheint zuerst in der Orbitalplatte des Stirnbeins zwischen Ende des ersten und Beginn des dritten Jahres.

LOGAN TURNER.

13) C. G Coakley. **Skiagraphie als ein Hülfsmittel bei Diagnose und Behandlung von Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. (Skiagraphy as an aid in the diagnosis and treatment of accessory sinuses of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Es ist möglich, mittels eines Skiagramms das Vorhandensein oder Fehlen einer Stirnhöhle festzustellen, die sich in verticaler Richtung unter die Glabella erstreckt.

Es kann eine kleine, mit dem oberen inneren Orbitalrand parallel verlaufende Höhle vorhanden sein, die durch den Skiagraphen nicht entdeckt wird.

In allen Fällen eines einseitigen Empyems, die durch die Operation bestätigt wurden, konnte man eine theilweise oder totale Verdunklung der dem Sinus entsprechenden Zone beobachten, sowie eine Undeutlichkeit der Abgrenzung, wenn man sie mit der gesunden Seite vergleicht.

Im Skiagramm erscheint die Stirnhöhle stets etwas grösser, als sie sich nachher bei der Operation herausstellt.

Eine oblonge, schmale, viel dunklere Zone, fast parallel mit dem oberen Orbitalrand auf der nasalen Seite, spricht für eine orbitale Ausbuchtung der Stirnhöhle.

Die Skiagraphie der Stirnhöhlen, in Verbindung mit der Durchleuchtung, stellt ein gutes diagnostisches Hülfsmittel dar; sie kann auch dazu dienen, die Ausdehnung des Siebbeinlabyrinths festzustellen.

Wenn der Schirm so aufgestellt werden kann, dass auch der Oberkiefer mit bestrahlt wird, so kann ein Antrumempyem erkannt werden. EMIL MAYER.

14) **Siegmund Moritz** (Manchester). **Ursachen, Symptome und Complicationen der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (The causes, symptoms and complications of the diseases of the nasal accessory sinuses.)** *British Medical Journal London. I. p. 174. 1905.*

Nichts neues, ausser der Bezeichnung „Adnasalhöhlen". J. DONELAN.

15) **Herbert Tilley. Einige Beobachtungen über die Oberkieferhöhleneiterung mit besonderer Berücksichtigung von Diagnose und Behandlung. (Some observations upon suppuration of the maxillary antrum with special reference to the diagnosis and treatment.)** *Proc. Odontological Soc. of Great Britain. 1903. Journal Laryngology. Februar 1904.*

Eine ausgezeichnete Abhandlung mit Bericht über den Verlauf von 35 mittels Radicaloperation behandelten Fällen, wovon 31 Heilungen. E. WAGGETT.

16) **George L. Richards. Ueber die relative Häufigkeit des dentalen und nasalen Ursprungs des Antrumempyems. (On the relative frequency of the dental and nasal origin of antral empyema.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Die Erfahrung des Verf. gründet sich auf 31 innerhalb 8 Jahren beobachteter

Fälle; davon waren 64,6 pCt. nasalen, 29 pCt. möglicherweise dentalen, und 3,2 pCt. traumatischen, 3,2 pCt. syphilitischen Ursprungs. EMIL MAYER.

17) **R. Bishop Canfield. Die Behandlung des chronischen einfachen und des mit Siebbein- und Keilbeinhöhlenempyem combinirten Antrumempyems. (The treatment of chronic empyema of the antrum both simple and when combined with empyema of the ethmoid and sphenoid.)** *N. Y. Medical News. 25. März 1905.*

Nach C.'s Erfahrung kommt das Antrumempyem in 40 pCt. der Fälle allein, in 60 pCt. der Fälle combinirt mit Erkrankung des Siebbeins und der Keilbeinhöhle vor. In diesen Fällen muss auch die Behandlung eine der Ausdehnung der Erkrankung entsprechende sein. Eine völlige Heilung ist in den combinirten Fällen sehr schwierig. Man geht zu radicalen Mitteln erst über, nachdem man die conservativen erschöpft hat. LEFFERTS.

18) **J. Moskovitz. Das acute Empyem der Highmorshöhle und dessen Therapie.** *Orvosok Lapja. No. 22.*

Mittelst Cocainadrenalintampon beseitigte Verf. angeblich die Geschwulst der mittleren Muschel und hierdurch die Eiterretention und Kopfschmerzen. Durch Scarification mit Galvanocaustik führt er eine andauernde Abnahme der mittleren Muschel herbei und heilte den ganzen Process. v. NAVRATIL.

19) **Hecht** (Beuthen Ob.-Schl.). **Zur Symptomatologie des Empyema antri Highmori.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Bericht über 2 Fälle von Kieferhöhleneiterung und deren schädigende Einwirkung auf den Gesammt-Organismus nebst epikritischen Betrachtungen. HECHT.

20) **Alexander Strubell** (Dresden). **Ueber Pathologie und Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Eingehender, für den practischen Arzt bestimmter Vortrag über obiges Thema. HECHT.

21) **R. M. Wenzel** (Wien). **Zur Symptomatologie der Kieferhöhlenempyeme.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1905.*

Mittheilung eines Falles von periodisch secernirendem Kieferhöhlenempyem, bei welchem der Fötor des Secretes „nicht continuirlich, sondern nur zu ganz bestimmten Tageszeiten in einer täglich wiederkehrenden Regelmässigkeit" von dem Kranken empfunden wurde. Wenzel suchte die Erklärung darin, dass bei diesem Patienten in der betreffenden Zeit „eine grössere Quantität stinkenden Secretes in die Nasenhöhle entleert und daher deutlich wahrgenommen wurde, während eine nur ganz geringe Menge desselben Secretes, die in den späteren Nachmittags- und Abendstunden geliefert wurde, dem Kranken kaum als stinkend zum Bewusstsein zu kommen brauchte." Die zu gewissen Tageszeiten gesteigerte Secretmenge könne auch durch die hierdurch eintretende relative Stauung zur Erklärung für die Periodicität der Kopfschmerzen herangezogen werden. HECHT.

22) **Onodi. Geheilter Fall von Kieferhöhlenempyem, complicirt mit Exophthalmus und Amaurose.** *Orr-gége-fülgyógyászat. No. 2. Beilage zu Orvosi Hetilap.*

Beim 19 jährigen Patienten traten plötzlich Kopfweh, Exophthalmus, Doppelsehen und vermindertes Sehvermögen auf. Visus rechts $^6/_5$, links $^6/_{15}$; Augengrund normal; links Protrusio bulbi, beschränkte Augenbewegungen, geschwollenes Oberlid; 38,9°. Da die Punction Eiter in der linken Kieferhöhle erwies, Resection der mittleren Muschel, Entfernung von Polypen, Ausspülung der Kieferhöhle. Abnahme und Heilung aller Symptome.

v. NAVRATIL.

23) **Lavrand. Chronisches rechtsseitiges Oberkieferhöhlenempyem; Operation, Heilung. (Sinusite maxillaire chronique droite; opération; guérison.)** *Journ. des sciences méd. de Lille. Januar 1905.*

Der Empyem war wahrscheinlich dentalen Ursprungs. Anbohrung von der Alveole; Durchspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd; Extraction der cariösen Zähne. Da die Eiterung andauert, so wurde die Caldwell'sche Operation ausgeführt; Heilung.

A. CARTAZ.

24) **Otto J. Freer. Die Oberkieferhöhle; die Entfernung des grössten Theiles ihrer nasalen Wand wegen Empyem. (The maxillary antrum; the removal of the greater part of its nasal wall for empyema.)** *N. Y. Medical News. 22. April 1905.*

Verf. nimmt Bezug auf die Arbeit von Holbrook Curtis, sowie auf die von Claoué und Escat veröffentlichten Fälle. Er rühmt als Vorzüge der Operationsmethode, dass für ihre Vornahme die Cocainanästhesie genügt, dass man die vordere Wand der Höhle nicht abzutragen braucht und doch einen freien Zugang für die Inspection und Curettage erhält, und dass eine vollkommene Drainage und Ventilation erzielt wird. Für die Mehrzahl der Fälle genügt die Abtragung des grössten Theiles der nasalen Wand; die Radicaloperation soll für die schwersten Fälle reservirt bleiben.

LEFFERTS.

25) **Onodi. Abgang eines Fremdkörpers aus der Highmorshöhle durch das Ostium maxillare.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 1.*

Beim Kranken wurde die Kieferhöhle durch den Processus alveolaris eröffnet und mit Gazestreifen tamponirt; Ausspülung und Tamponade besorgte Kranker selbst. Auf einmal Verschlimmerung des Zustandes — Fötor, viel Eiter. Beim Ausblasen der Nase entleerte sich aus der kranken Nasenhälfte ein 5 cm langer Gazestreifen.

v. NAVRATIL.

26) **John C. Munro. Psammom der Oberkieferhöhle. (Psammoma of the maxillary sinus.)** *N. Y. Medical News. 4. März 1905.*

Dieser Fall eines Oberkiefernhöhlentumors von dem Typus des Psammom hat in der Literatur kein Analogon. Verf. giebt eine ausführliche Schilderung des zu seiner Entfernung angewandten Operationsverfahrens und schildert den exstirpirten Tumor folgendermaasen: Die Geschwulstmasse hat einen Umfang von ca. 15 cm; sie sieht ungefähr aus wie feiner Sand, der mit Blut durchnässt ist. That man ein Partikelchen der Geschwulst in ein Reagensglas und setzte Salzsäure hinzu, so

trat ein Aufschäumen ein, ohne dass jedoch die Körnchen sich ganz auflösten. Diese sandartigen Körnchen liessen sich mit Leichtigkeit von einander trennen.

Mikroskopische Untersuchung: Etwas von dem Material wurde mit Schwefelsäure entkalkt und in Celloidin eingebettet. Man fand, dass die Kalkkörperchen getrennt waren durch ein Gewebe, das aus sehr zahlreichen, langen Spindelzellen mit wenig oder keiner Intercellularsubstanz bestand. Die Körnchen hatten verschiedenartige Gestalt, sie hatten 5—7 mm durchschnittliche Grösse und einige zeigten eine concentrische Structur. Sie lagen so dicht aneinander, dass die Gewebsinseln zwischen ihnen sehr klein waren.

Diagnose: Psammom von eigenthümlichem Typus, das möglicherweise unter die Sarkome gerechnet werden kann.

LEFFERTS.

27) **Z. L. Leonard. Ein Fall von Sarkom der Oberkieferhöhle. (A case of sarcoma of the maxillary sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Trotz chirurgischer Eingriffe führt der Fall zum Tode. Obwohl der Tumor sich in der Richtung nach der Schädelbasis ausbreitete, fehlten bis zum letzten Moment alle Erscheinungen von Seiten des Gehirns.

EMIL MAYER.

28) **Sebileau** (Paris). **Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. (Traitement des sinusites frontales.)** *Société de Chirurgie. 30. November 1904.*

Die Behandlung muss sich nach der anatomischen Beschaffenheit der Höhle richten und danach, ob die Siebbeinzellen betheiligt sind oder nicht. Ist die Stirnhöhle allein erkrankt, so genügt eine grosse Trepanationsöffnung, Ausräumung der Granulationen und Erweiterung des Canalis infundibularis. Erweist sich auch eine Eröffnung des Siebbeinlabyrinths als nothwendig, so lege man eine verticale Incision an, die vom Augenwinkel ausgeht und mache eine breite Oeffnung im aufsteigenden Ast des Oberkiefers.

PAUL RAUGÉ.

29) **Richard Hoffmann** (Dresden). **Osteoplastische Operationen bei chronischer Stirnhöhleneiterung. (Osteoplastic operations on the frontal sinuses for chronic suppuration.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, December 1904.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass, wenn die knöchernen Wandungen der Stirnhöhle nicht miterkrankt sind, die osteoplastische Methode die meisten Vortheile bietet, insofern sie allen Indicationen gerecht wird, d. h. sie ermöglicht eine gründliche Inspection der Höhle, so dass alles Erkrankte entfernt werden kann, und gleichzeitig ist das kosmetische Resultat ein gutes. Bei Anwendung des Verfahrens ist darauf zu achten, dass der Knochenlappen überall mit dem umgebenden Knochen zusammenhängen muss, damit das kosmetische Resultat gut wird und nirgends die Heilung verzögernde Recessus sich bilden. Ferner muss die Communication der Höhle mit der Nase eine weite sein, damit keine Secretstauung eintritt.

EMIL MAYER.

30) **A. Logan Turner. Die operative Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of chronic suppuration in the frontal sinus.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1905.*

Verf. bespricht zuerst die intracraniellen Complicationen, die im Gefolge chronischer Nebenhöhlen vorkommen; er betont, dass bei dem Mangel an Sectionsbefunden eine erschöpfende Behandlung des Gegenstandes nicht möglich sei. Es werden dann die hauptsächlichsten Operationsmethoden abgehandelt; Verf. bemüht sich zu zeigen, wie oft einfache Eröffnung und Drainage der Höhle nach der Ogston-Luc'schen Methode im Stich lässt; die Resultate dieser Methode werden verglichen mit den weit günstigeren, die man erhält, wenn man die Höhle zur Obliteration bringt. Ausführlich werden auch die unglücklichen Zufälle besprochen, die bei Stirnhöhlenoperationen sich ereignen können. Verf. hat 24 tödtlich verlaufene Fälle zusammengestellt, von denen 17 der Ogston-Luc'schen Methode zur Last fallen. Der Aufsatz schliesst mit einer kurzen Beschreibung der Killian'schen Operation.

AUTORREFERAT.

31) **A. Logan Turner. Die operative Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of chronic suppuration of the frontal sinus.)** *The Journal of the American Medical Association. 4. Februar 1905.*

Nicht jede Operationsmethode eignet sich für alle Fälle. Ist die Höhle klein und sind wir sicher, sie von der in der vorderen Wand gemachten Oeffnung aus gut inspiciren zu können und besteht kein Siebbeinempyem, so kann eine einfache Oeffnung und Drainage mittels der Ogston-Luc'schen Methode genügen. In diesen Fällen ist es von grosser Wichtigkeit, für dauernde Communication zwischen Sinus und Nase zu sorgen. In allen anderen Fällen muss die Obliteration der Höhle angestrebt werden; in diesen Fällen muss die Höhle gründlich inspicirt, ein Zugang zu den Siebbeinzellen und eine weite Communication mit der Nase durch Resection des Processus frontalis des Oberkiefers geschaffen werden. Die Killlian'sche Operation scheint das am meisten versprechende Operationsverfahren zu sein. Welche Methode man auch wählen möge, so ist die Abtragung des Stirnfortsatzes des Oberkiefers zweifellos von grösstem Werth.

EMIL MAYER.

32) **W. Milligan** (Manchester). **Stirnhöhleneiterung; ihre chirurgische Behandlung auf Grund einer Analyse von 40 Fällen. (Suppurative frontal sinusitis; its surgical treatment based on an analysis of forty cases.)** *British Med. Journ. London. I. p. 171. 1905.*

Eine Abhandlung über die Pathologie und Bakteriologie der Erkrankung und Bericht über 40 operirte Fälle. Nach des Verf.'s Erfahrung liegt stets eine Combination mit Siebbeineiterung vor; es sollten daher immer die fronto-ethmoidalen Zellen geöffnet und drainirt werden. Was den kosmetischen Erfolg betrifft, so findet er, dass die grösste Deformität nach der Killian'schen Operation entsteht. Verf. erörtert ferner, ob es rathsam sei, die äussere Wunde völlig durch Naht zu schliessen. Nach einigen ungünstigen Erfahrungen mit dem primären völligen Verschluss der Wunde näht er jetzt nur eine Hälfte oder den dritten Theil der

Incision und tamponirt durch den übrigen Theil der Oeffnung. Wenn ein genügender Theil der mittleren Muschel entfernt und das Infundibulum hinreichend weit ist, erübrigt sich eine Drainage nach der Nasenhöhle.

Von den 40 Fällen starben 2 infolge Abscess des Stirnlappens, bei 28 trat Heilung ein und bei 10 blieb noch eine geringe Absonderung aus der Höhle, während bei 5 die Eiterung noch einen etwas profusen Charakter hat.

JAMES DONELAN.

33) **Henry B. Hitz. Bericht über einen Fall von multipler Stirnhöhleneiterung mittelst der Killian'schen und Caldwell-Luc'schen Operationsmethoden geheilt. (Report of a case of multiple sinusitis cured by the Killian and Caldwell-Luc methods.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Seit der Operation sind 10 Monate verflossen und Pat. befindet sich durchaus wohl. Ein merkwürdiger Umstand ist das Verschwinden einer seit vielen Jahren bestehenden Acne vulgaris. Die Deformität ist gering; Verf. behauptet, die Operation habe den Erfolg gehabt, dass „das Gesicht an Stelle des vorher etwas mürrischen jetzt einen jovialen Ausdruck bekommen habe.“ EMIL MAYER.

34) **F. Siebenmann. Die Rücklagerung der Nase bei der doppelseitigen Stirnhöhlenoperation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 3. S. 501.*

In Fällen von doppelseitiger Stirnhöhlenerkrankung, in denen die Stirnhöhlen in der Richtung von vorn nach hinten sehr geräumig sind, vermeidet S. bei der Operation das Zurückbleiben einer grösseren stufenartigen Deformität der Nasenwurzelgegend dadurch, dass er mittelst Meissel und Knochenzange das Nasendach in toto mobilisirt und die Nasenwurzel an die hintere Stirnhöhlenwand andrängt, wo sie mittelst Sutur und entsprechend gepolstertem Verband festgehalten wird und zur Anheilung kommt.

F. KLEMPERER.

35) **Burchardt. Eine Modificirung der Kuhnt'schen Operation bei chronischer Stirnhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 495.*

Die von B. angegebene Modification besteht im primären Verschluss der Operationswunde und dem Andrücken der Weichtheile auf die Hinterwand der bisherigen Höhle.

F. KLEMPERER.

36) **J. Goyanes** (Madrid). **Studium des Osteoms der Stirn-Sinus. (Estudio del osteoma de los senos frontales.)** *Revist. de Medicin. y Cirug. practic. No. 822 u. 823. 1904.*

Der in der chirurgischen Klinik der Madrider Facultät zur Operation gelangte Fall betraf einen 24jährigen jungen Mann, der seit 5 Jahren an den durch das Osteom verursachten Augenstörungen gelitten hatte. Die Operation und die anatomische Untersuchung der Neubildung werden eingehend geschildert und mit Betrachtungen über die Embryologie und klinische Aetiologie der Osteome der Stirnsinus begleitet.

R. BOTEY.

37) **M. Paunz. Durch Empyem der hinteren Siebbeinzellen verursachte Papillitis nervi optici.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Rechtsseitige Papillitis. In der Fissura olfactoria geringes schleimig-eitriges

Secret. Nach Eröffnung und Durchspülung der vorderen und dann der hinteren Siebbeinzellen besserte sich die Papillitis bedeutend. Vor der Operation rechts Visus $^5/_{50}$, links $^5/_5$, nach der Operation rechts $^5/_{15}$, links $^5/_5$. v. NAVRATIL.

38) **Bergengrün. Ueber einen letalen Fall von Empyema sinus ethmoidalis.** *St. Petersburger med. Wochenschrift. No. 6. 1905.*

Es handelte sich um einen 28jährigen Opernsänger, der an Polypen in der rechten Nase litt. Dieselben wurden zum Theil entfernt und dabei Empyem des Sinus ethm. dextr. diagnosticirt mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Empyem des rechten Sinus frontalis.

6 Wochen danach plötzliche Kopfschmerzen, Anzeichen von Meningitis, Protrusio bulbi sin. und starke Anschwellung mit Schmerzhaftigkeit der Regio supraorbit. sin.

Der linke Sinus frontalis wurde aufgemeisselt und leer gefunden. 5 Stunden danach Exitus.

Befund der Autopsie: Meningitis diff., Thrombosis sin. cavern., Empyema sin. ethm. et sin. sphenoid. P. HELLAT.

39) **Cangard. Carcinom des Siebbeins. (Cancer de l'éthmoide.)** *Société médico-chirurgicale. 10. April 1905.*

Fall von Epitheliom der linken Nasenhöhle, das seinen Ausgang vom Siebbein nahm. Der Tumor war in Stirn- und Keilbeinhöhle hineingewachsen. Der Pat. wurde mit Erfolg mittels eines ziemlich complicirten Verfahrens operirt, das in der partiellen Resection mehrerer Knochen des Gesichtsskeletts bestand.

PAUL RAUGÉ.

40) **M. Hajek** (Wien). **Zur Diagnose und intranasalen chirurgischen Behandlung der Eiterungen der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 105. 1904.*

Verf. unterscheidet bei den Eiterungen der beiden Nebenhöhlen, die er als Nebenhöhlen II. Serie bezeichnet, vier Eventualitäten: 1. Empyem der Keilbeinhöhle; 2. Combination von Empyem der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes; 3. Pyosinus der Keilbeinhöhle (i. e. Eiter in der Keilbeinhöhle, der aber nicht in dieser gebildet wird, sondern aus dem hinteren Siebbeinlabyrinth stammt) und 4. Empyem der hinteren Siebbeinhöhle. Bei allen vier Eventualitäten erscheint der Eiter in der Rima olfactoria oder fliesst, wenn der Abfluss des Secrets in die vordere Nasenhälfte gehemmt ist, über die mittlere Muschel in den Nasenrachenraum. Der differentiellen Diagnostik und der operativen Behandlung dieser Affectionen widmet Verf. unter Zugrundelegung ausführlicher Krankengeschichten eine eingehende Besprechung, deren bemerkenswerthe Einzelheiten im Referat nicht wiedergegeben werden können. F. KLEMPERER.

41) **Onodi. Ueber die Frage der endonasalen breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle.** *Orr-gége-fülgyógyászat. No. 1. Beilage zu Orvosi Hetilap.*

Führt vorerst die Resultate seiner Messungen und Untersuchungen über die Anatomie der Keilbeinhöhle an; namentlich über deren Vorderwand, den nasalen,

ethmoidalen, maxillaren, frontalen Theil derselben; über das Ostium sphenoidale. über das Lageverhältniss der Keilbeinhöhle zur mittleren Muschel und den Siebbeinzellen.

Auf Grund dieser Untersuchungen und seiner eigenen therapeutischen Erfolge giebt er der Hajek'schen Methode, der directen nasalen Eröffnung, den Vorrang, eventuell nach Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen. Die Killian'sche indirecte Eröffnung hält er für minderwerthig.

Wenn Kieferhöhle und Keilbeinhöhle miteinander erkrankt sind, kann die Keilbeinhöhle nach Jansen durch die Kieferhöhle eröffnet werden, wenn beide Höhlen nahe zu einander liegen und die Zwischenwand dünn ist — das ist aber immer Zufallssache. Bei gleichzeitiger Erkrankung der Stirnhöhle kann man die Eröffnung der Keilbeinhöhle mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation verbinden.

v. NAVRATIL.

42) **M. Calamida. Carcinom der Keilbeinhöhle. (Carcinoma del seno sfenoidale.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. No. III. 1905.*

Es handelt sich um ein von den Schleimdrüsen der Sinusschleimhaut ausgegangenes primäres Carcinom der Keilbeinhöhle, das secundär die Schädelhöhle, Nasenhöhle und Nasenrachenraum ergriffen hatte. Der Exitus erfolgte nicht infolge Meningitis oder Hirnabscess, wie in den meisten Fällen, sondern infolge von Marasmus.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

43) **C. Toldt. Der Winkelfortsatz des Unterkiefers bei Menschen und bei den Säugethieren und die Beziehungen der Kaumuskeln zu demselben.** *Sitzungsbericht d. k. Acad. d. Wissensch. Wien 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

44) **K. v. Bardeleben. Der Unterkiefer der Säugethiere, besonders des Menschen.** *Anat. Anz. XXI. 4/5. S. 104.*

45) **K. v. Bardeleben. Ueber den Unterkiefer der Säugethiere.** *Sitzungsber. d. Ges. naturf. Freunde. No. 5. S. 156. 1905.*

46) **K. v. Bardeleben. Ueber die Anatomie des menschlichen Unterkiefers.** *Med. Klinik. Jahrg. 1. No. 28. S. 695.*

Entgegen der Hypothese Walkhoff's, das Kinn sei infolge der sprachlichen Function des M. genioglossus entstanden, erklärt v. B., das Kinn sei ein besonderes Skelettelement.

J. KATZENSTEIN.

47) **E. Buser** (Reinach). **Sind der hohe Gaumen, Schmalheit und V-förmige Knickung des Zahnbogens, sowie Anomalien der Zahnstellung eine Folge der Mundathmung und des Wangendruckes?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 503.*

Die Arbeit, der ein Material von 514 Gesichtsschädel- und Gaumenmessungen zu Grunde liegt, kommt aus der Baseler Klinik von Prof. Siebenmann und bildet eine Fortsetzung und Ergänzung zahlreicher ähnlicher aus dieser Klinik

hervorgegangener Untersuchungsreihen. Die im Titel gestellte Frage beantwortet Verf. in folgenden Schlusssätzen:

„1. Mannigfache, durch Vererbung und andere Einflüsse hervorgerufene individuelle Schwankungen im Aufbau des Obergesichtsschädels zwingen uns, zur Erreichung allgemein gültiger Resultate eine umfassende Anzahl von Einzelmessungen vorzunehmen. Kleine Beobachtungsreihen erfüllen diesen Zweck nicht und bergen die Gefahr von Trugschlüssen in sich.

2. Die Zusammenstellung unserer Beobachtungen und Messungen an 514 gutbezahnten Obergesichtsschädeln lebender Erwachsener ergiebt deutlich die Thatsache einer „Correlation" der Form des Obergesichtsskelettes, des knöchernen Naseneingangs und des harten Gaumens, wie auch das Vorhandensein eines leptoprosopen und eines chamäprosopen Typus im Aufbau des Gesichtsschädels.

Die Anzahl der von uns gemessenen Köpfe und der Umstand, dass die Ansatzpunkte für das messende Instrument an möglichst charakteristischen Stellen des Obergesichtsschädels gewählt wurden, sichert die Gültigkeit dieses Gesammtresultats, obgleich zahlreiche individuelle Abweichungen dasselbe in Frage zu stellen scheinen.

3. Die leptoprosope Gesichtsform zeigt vergesellschaftet mit einem hohen schmalen knöchernen Naseneingang eine hohe schmale Gaumenform mit entsprechend engem Zahnbogen. In diesem finden die Zähne der II. Dentition oft nur mit Mühe Platz, was Veranlassung zu Anomalien der Zahnstellung und V-förmiger Knickung des Alveolarbogens giebt. Das chamäprosope Obergesicht dagegen weist neben einem breiten knöchernen Naseneingang mehr in die Breite gehende Verhältnisse seines Gaumens und Zahnbogens auf.

4. Durch Athemhindernisse, wie sie vor allem die Hypertrophie der Rachendachmandel und die damit verbundenen Schwellungszustände der Nasenschleimhaut darstellen, wird die schmale Respirationsspalte des leptoprosopen Obergesichts öfters verlegt; während dieselben Zustände auf die Durchgängigkeit der weiten Nasengänge des chamäprosopen Obergesichts sehr oft keinen Einfluss ausüben. Bei den Leptoprosopen finden wir daher öfter Mundathmung infolge der adenoiden Vegetationen als bei den Chamäprosopen.

5. Die Thatsache der Correlation im Aufbau unseres Obergesichtsschädels erklärt am ungezwungensten das gehäufte Zusammentreffen von Mundathmung, mit dem hohen Gaumen, der Schmalheit und V-förmigen Knickung des Zahnbogens und den Anomalien der Zahnstellung.

6. Eine Folge der Correlation des Obergesichts, der knöchernen Respirationsspalte und des harten Gaumens ist, dass diejenigen Autoren, die ihre Beobachtungen und Messungen vorzüglich an Mundathmern gemacht haben, bei Hypertrophie der Rachendachmandel öfter einen hohen Gaumen und schmalen, manchmal deformirten Zahnbogen finden.

7. Die anatomischen Verhältnisse widersprechen der Möglichkeit eines comprimirenden Einflusses der leicht relaxirten Kau- und Wangenmuskulatur auf das Oberkieferskelett und einer Einwirkung derselben auf die Gesichtsschädelform bei Mundathmung.



Belege für einen Einfluss der Mundathmung auf die Form des Gaumens und Zahnbogens lassen sich in meinen Messungen und Beobachtungen keine finden.

8. Beim Weibe sind die absoluten Mittelmaasse für Höhe und Breite des Obergesichts, des knöchernen Naseneingangs und des Gaumens, sowie auch das Längsmaass des harten Gaumens kleiner als beim Manne.

Im Verhältniss zu seiner Höhe geht das weibliche Obergesichtsskelett etwas mehr in die Breite als das männliche; das Gleiche gilt auch für seine obengenannten Theile."

F. KLEMPERER.

48) **Ranzi** und **Sultan** (Wien). **Zur Frage der Enderfolge der Uranoplastik.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 72. 1904.*

Es zeigte sich, dass in allen Fällen, in denen bei gutem operativen Resultat Sprachübungen vorgenommen wurden, die Sprache verbessert resp. normal wurde. Ohne Sprachübungen konnte nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle eine Besserung erzielt werden. Aber auch bei Patienten, bei denen die Naht nur theilweise gehalten hatte, konnte durch die Sprachübungen mehrmals eine Besserung erzielt werden. Es sprechen die Fälle aus der v. Eiselsberg'schen Klinik dafür, dass die sprachlichen Resultate der Gaumenoperationen durch jedesmal principiell vorgenommenen Sprachunterricht noch besser sich gestalten lassen.

O. SEIFERT.

49) **Collet** und **Trouilleux** (Lyon). **Angeborene Perforationen der hinteren Gaumenbögen. (Perforations congénitales du pilier postérieur du voile du palais.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 7. Juni 1905.*

Während die Perforationen an den vorderen Gaumenbögen verhältnissmässig häufig sind, gehören die der hinteren Gaumenbögen zu den grössten Seltenheiten. Im vorliegenden Fall bestanden auf der linken Seite zwei Perforationen, auf der rechten eine; alle drei waren von ovaler Form, die grössere Axe war die verticale.

PAUL RAUGÉ.

50) **Dollinger. Angioma cavernosum der Schädelbasis; Entfernung desselben mittelst temporärer Abmeisselung des harten Gaumens.** *Orvosi Hetilap. No. 29. 1905.*

Die Geschwulst ging von der Schädelbasis aus, erfüllte beide Nasenhälften, war sehr blutreich. Präventive Unterbindung der Carotis externa beiderseits und Tracheotomie. D. durchmeisselte den Processus alveolaris an seinem oberen Rande, sowie auch den harten Gaumen, zog dieselben herab und entfernte auf diese Weise die Geschwulst, welche die Structur eines Angioma cavernosum zeigte.

v. NAVRATIL.

51) **J. M. Ballido Golferichs** (Barcelona). **Beziehungen zwischen der Hypophyse und der in der Rachenhöhle gelegenen Bildungsorgane sowohl beim Embryo als beim Fötus, Kinde und Erwachsenen. Doctor-Thesis. (Relaciones entre la hipófisis y las formaciones situadas en la bóveda de la faringe en el embrión, en el fetos en el nino y en el adulto. Tesis de Doctorado.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 130. 1904.*

Für die Embyrologie interessante Mittheilung der vom Verf. gemachten Beobachtungen und daran anschliessende Schlussfolgerungen.

R. BOTEY.

52) **González Campos** (Madrid). **Rachenstenose. (Estenosis faringea.)** *Revist. de Medicin. y Cirug. Pratic. No. 21. Mai 1904.*

Die Verengerung, wahrscheinlich carcinomatöser Natur, befand sich auf 18 cm Länge des Oesophagus. Die Radiographie ergab Erweiterung oberhalb der Stenosenstelle. Die palliative Behandlung bestand in der Gastrostomie. An den in der medicinisch-chirurgischen Akademie mitgetheilten Fall schloss sich eine Discussion.

R. BOTEY.

53) **K. Buday. Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen.** (Aus dem pathol.-anat. Institut der Universität Kolozsvár.) *Ziegler's Beiträge z. pathol. Anatomie. XXVIII. 2. 1905.*

Es finden sich bei diesen Erkrankungen das Spirillum, der Bacillus fusiformis, Lepthothrixfäden und kommaartige Bacterien. Die Hauptrolle bei der Entstehung der Noma spielen die an der Nekrotisirungsgrenze in die normalen Gewebe eindringenden Bacterien (Bac. fusif. und kommaförmigen Bacillen).

Das Spirillum ist in den vitalen Geweben nach der Verbreitungsrichtung in grösster Zahl vorhanden, schreitet am weitesten fort und bereitet den Boden zur Ansiedelung des Bac. fusif., hat daher die grösste Bedeutung für die Verbreitung der Nekrose, verursacht sie aber allein noch nicht vollständig.

Der Bac. fusif. besitzt eine starke entzündungserregende Wirkung. Die Spirillen dagegen können ihrer weniger hochgradig entzündungserregenden Eigenschaft wegen weiter in die Gewebe eindringen, sie ungehindert überschwemmen und ihrer Widerstandskraft berauben. Die Nekrose ist der bedeutenden Vermehrung der spindelförmigen Bacillen und den etwa durch sie producirten Zellgiften auf Rechnung zu setzen.

Der zur Nekrose gelangte Theil wird dann durch die dickeren, leptothrixartigen Fäden durchwoben, die die Erweichung des bereits nekrotisirten Gewebes fördern. Der eigentliche gangränöse Zerfall ist das Product oberflächlicher Bacterien, verschiedener Bacillen und Kokken.

Die histologischen und bacteriologischen Veränderungen bei Noma und Stomatitis und Pharyngitis gangiaenosa sind im Grossen und Ganzen dieselben; diese Krankheiten sind also nur graduell verschieden.

Da der Bac. fusif. und das Spirillum sich auch bei der relativ unschuldigen Angina Vincenti finden, müssen dort besondere Momente eine Rolle spielen — jugendliches Alter, geschwächter Organismus. Das Spirillum, der Bac. fusif., die Leptothrixfäden und die kommaartigen Bacterien gehen nie ineinander über, sind nicht verschiedene Entwickelungsstadien ein und derselben Bacterienart, sondern sind selbstständige Formen und zeigen auch hinsichtlich ihrer Anordnung und Färbung ziemlich scharfe Unterschiede.

Die progressiven Mund- und Rachengangränen des Kindesalters gehören zu den sogenannten infectiösen Gangränen und werden durch verschiedene Mundbacterien, und zwar meist durch die Symbiose eines Spirillum und das Bac. fusif., verursacht.

A. ROSENBERG.

54) **H. S. Birkett. Weitere Mittheilung über Behandlung eines Falles von primärem Lupus vulgaris der Mundrachenhöhle und des Nasenrachens mit X-Strahlen. (Further report of a case of primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx treated by X-rays.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Vorgetragen auf der XXVII. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905. EMIL MAYER.

55) **Okuneff. Ueber die Behandlung der tuberculösen Affectionen des Rachens und Kehlkopfs mit Trichloressigsäure. (Du traitement des affections tuberculeuses du pharynx et du larynx par l'acide trichloracétique.)** *Arch. intern. du laryngol. No. II. März-April 1905.*

Mittelst dieser Behandlungsmethode hat Verf. Vernarbung der Geschwüre, Abnahme des Hustens, Besserung der Phonation erzielt; unangenehme Nebenerscheinungen kamen nicht vor. E. J. MOURE.

56) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die Rachenerkrankung bei der Genickstarre.** *Fortschritte der Medicin. No. 29. 1905.*

Verf. betont seine früher ausgesprochenen Anschauungen, dass als Eintrittspforte des Krankheitserregers der epidemischen Genickstarre der hintere Nasenrachenraum, der lymphatische Nasen-Rachenring, besonders die Rachentonsille zu beobachten sei (Angina retronasalis). Bezüglich der Epidemiologie weist er auf die Möglichkeit hin, dass der Pilz in irgend einem Hausthier vegetirt und gelegentlich von diesem auf die Menschen übertragen wird, vor allem würde festzustellen sein, in welchem Verhältniss die seröse Meningitis der Pferde zur Meningitis der Menschen steht. O. SEIFERT.

57) **Lewis S. Somers. Xerostom. (Xerostoma.)** *Amer. Journal Med. Sciences. September 1905.*

Eine kurze Zusammenfassung über die Pathologie der Krankheit nebst Bericht über einen Fall eigener Beobachtung. LOGAN TURNER.

58) **Lippmann** (Berlin). **Demonstration eines Falles mit exulcerirtem Gummiknoten an der hinteren Rachenwand.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 4. Vereinsbeilage. 1904.*

Ausser einem exulcerirten Gumma der hinteren Rachenwand fanden sich ein Gummaknoten der Haut der linken Inguinalgegend und ein Muskelgumma des linken Oberschenkels. ALBANUS (ZARNIKO).

59) **Baumann** (Erlangen). **Ueber einen Fall von Decubitus pharyngis mit Papillombildung.** *Dissert. Erlangen 1904.*

Ueber die klinische Geschichte des beschriebenen Präparates ist nichts mitgetheilt. Es handelte sich unzweifelhaft um ein Decubitalgeschwür des Pharynx, in dessen Umgebung sich eine Neubildung gutartigen Charakters entwickelt hatte, die als papillomatöse Wucherung bezeichnet werden konnte. O. SEIFERT.

60) **Charles Greene Cumston. Indicationen und Technik der Pharyngotomia infrahyoidea. (The indications and technique of infrahyoid pharyngotomy.)** *Medicine. December 1905.*

Die Indicationen für Pharyngotomia infrahyoïdea sind: Fremdkörper des Pharynx, Fremdkörper des Larynx, nicht-bösartige Tumoren des Pharynx und Larynx, Tuberculose des Pharynx und Larynx. Der übrige Inhalt des Artikels ist von ausschliesslich chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

61) **Molitor. Betrachtungen über die Angina diphtheritica und ihre Complicationen beim Erwachsenen. (Considérations sur l'angine diphtéritique et ses complications chez l'adulte.)** *Arch. Méd. Belges. Juni 1905.*

Der Autor bespricht hauptsächlich die 3 häufigsten Complicationen: Die Laryngitis diphtheritica (Croup), die diphtheritische Myocarditis und die diphtheritischen Lähmungen. Bekanntes!

BAYER.

62) **Martin. Einige Worte bezüglich der Diphtheritis. (Quelques mots à propos de la diphtérie.)** *Arch. Méd. Belges. Juli 1905.*

M. theilt 3 Fälle mit, wovon der 1. eine normal verlaufende Diphtheritis betrifft; Seruminjection: der 2. eine anormal verlaufende, mit Urticaria und starkem Fieber in Folge der Seruminjection; und bei dem 3. es zweifelhaft ist, ob überhaupt Diphtheritis vorlag. Der Autor räth, die Eltern jedesmal auf die etwaigen Folgen der Seruminjection aufmerksam zu machen.

BAYER.

63) **J. D. Rolleston. Ueber das Verhalten des Achillessehnenreflexes bei Diphtherie. (On the condition of the tendo Achillis jerk in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 16. September 1905.*

Verf. hat in 100 Fällen von Diphtherie den Achillessehnenreflex geprüft. Er hat in einer grossen Anzahl von Fällen seine Abwesenheit constatiren können, wenngleich nicht so oft, wie dies beim Patellarreflex der Fall ist. Häufigkeit und Grad der Abschwächung des Reflexes stehen in directem Verhältniss zu dem Charakter der anfänglichen Rachenaffection. In allen Fällen von diphtherischer Lähmung fehlt er völlig. Ebenso wie der Patellarreflex kann auch der Achillessehnenreflex bereits im Beginn der Krankheit verschwinden und noch nach dem Aufhören aller eigentlichen Lähmungserscheinungen verschwunden bleiben und ebenso wie jene kann das Verhalten auf beiden Seiten verschieden sein.

LEFFERTS.

64) **O. H. Wilson. Kehlkopfdiphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 2. September 1905.*

Verf. bekennt sich als Anhänger der Intubation, die er vor allen Dingen räth, nicht zu spät vorzunehmen.

LEFFERTS.



65) **Villard. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie ohne Fieber. (Un cas de diphtérie laryngée apyrétique.)** *Société méd. chir. des hôpitaux de Nantes. 4. December 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt. A. CARTAZ.

66) **B. J. Royer. Studie über gewisse Complicationen und Folgezustände bei operativen Fällen von Kehlkopfdiphtherie. (Study of certain complications and sequels met in operative cases of laryngeal diphtheria.)** *American Medicine. 28. October 1905.*

Verf. erörtert die Complicationen, die eine unmittelbare Folge von Intubationen oder Intubationsversuchen darstellen, wie reflectorische Dyspnoe oder Athemstörungen. Er bezeichnet die Atonie der M. crico-arytaenoidei postici als die mögliche Ursache für eine acute Stenose nach Extubation. Verf. räth, weite Tuben tragen zu lassen und wenn Autoextubation droht, die Tracheotomie zu machen; ferner intubirt er, während die Trachealcanüle getragen wird, öfter, um einer Narbenstenose vorzubeugen. Er hält die Behandlung mit Röntgenstrahlen für ein Hülfsmittel, um Narben, die eine chronische Stenose bedingen, zu erweichen. EMIL MAYER.

67) **A. T. Mussen. Postdiphtherische Lähmung. Ein Bericht über zwei Fälle. (Post diphtheritic paralysis. A report of two cases.)** *N. Y. Medical Journal. 7. October 1905. Montreal Medical Journal. September 1905.*

Im ersten Fall handelte es sich um einen 27jährigen Mann, bei dem zuerst eine postdiphtherische Gaumensegellähmung eintrat; dann zeigte sich taubes Gefühl in Händen und Füssen und ataktischer Gang; das Romberg'sche Zeichen war vorhanden. Die oberen Extremitäten waren nicht betheiligt. Heilung trat nach 10 Wochen ein.

Der zweite Fall betraf einen 30jährigen Mann, bei dem vor 2 Monaten Diphtherie bestanden hatte. Es trat Accommodationslähmung, Taubheitsgefühl in den Fusssohlen und Gehstörung auf.

Die Behandlung bestand erst in Galvanisation, dann Faradisation und Vibrationsmassage. Heilung nach 3 Monaten. EMIL MAYER.

68) **John N. Mc. Collom. Nasen- und Ohrcomplicationen bei Diphtherie, Scharlach und Masern. (Nose and ear complications in diphtheria, scarlatina and measles.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Verf. bespricht die Häufigkeit der Otitis media bei Diphtherie, Scharlachfieber und Masern und die Wichtigkeit der frühzeitigen Operation einer eventuellen Mastoiditis. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

69) **Z. L. Leonard. Einige Phasen der chronischen Laryngitis. (Some phases of chronic laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 30. Juli 1904.*

Der Hauptzweck des Aufsatzes besteht darin, zu betonen, dass chronische Kehlkopfentzündungen, wenn man bei der Therapie die Aetiologie genügend berücksichtigt, gute Aussichten für die Heilung bieten. LEFFERTS.

70) **D. S. Lamb. Ein Fall von chronischer Kehlkopfentzündung. (A case of chronic inflammation of the Larynx.)** *Washington Medical Annals. Januar 1905.*

Ein 27jähriger Mann wurde sterbend ins Krankenhaus gebracht. Es war keine Anamnese zu eruiren. Man fand eine entzündliche Verdickung und Induration der Kehlkopfschleimhaut, die fast wie eine Neubildung aussah.

EMIL MAYER.

71) **C. C. Rice. Der Unterschied in Aetiologie und klinischen Symptomen zwischen einfacher katarrhalischer Laryngitis und der der Sänger, Schauspieler etc. (The difference in causation and chronic appearance between simple catarrhal laryngitis and he laryngitis of singers, actors etc.)** *The Post-Graduate. November 1905.*

Bei der professionellen Laryngitis handelt es sich um eine Art Trauma; die Congestion zeigt sich besonders auf den Stimmlippen, während die übrigen Theile weniger afficirt sind. Die Aryknorpel werden dadurch verändert, dass der eine Knorpel sich gegen den andern reibt.

Verf. spricht von einer angeborenen Gefässerweiterung an den Stimmlippen; er hat diesen Zustand bei einem Patienten 15 Jahre lang beobachtet. Bei der Laryngitis der Sänger etc. kann am meisten durch richtige Methode des Singens und Sprechens erreicht werden.

EMIL MAYER.

72) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Kenntniss der Laryngitis submucosa acuta.** *Mit 7 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1905.*

Unter Bericht über zwei einschlägige Fälle verbreitet sich Autor über die pathologische Anatomie und die klinischen Erscheinungen des Larynx-Erysipels und der Larynx-Phlegmone, bespricht die einschlägige Literatur und schlägt vor — in Modification der Kuttner'schen Nomenclatur — bei der Laryngitis submucosa infectiosa acuta 4 Verlaufsformen zu unterscheiden:

1. erysipelatosa
2. plastica } phlegmonosa.
3. suppurativa }
4. septica

HECHT.

73) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Kenntniss der Laryngitis submucosa acuta.** *II. und III. Theil. Monatsschr. f. Ohrenheilkdé. etc. No. 8. 1905.*

Die ausführliche Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

74) **S. Citelli. Acute recidivirende Larynxstenose infolge Laryngitis subglottica. (Laringostenosi acuta recidivante per laringite ipoglottica.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1905.*

Bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben trat ungefähr eine Woche nach dem Verschwinden eines Masernexanthems Heiserkeit mit Erscheinungen von Larynxstenose auf. Dieselben steigerten sich über Nacht derart, dass ein Chirurg die Tracheotomie vornahm. Vier Tage nach der Operation konnte Verf. den Knaben laryngo-

skopisch untersuchen, fand den übrigen Kehlkopf normal, die Stimmbänder jedoch etwas geröthet und am freien Rand ödematös. Nirgends waren irgend welche pseudomembranösen Auflagerungen zu sehen. Vierzehn Monate, nachdem der Knabe wieder geheilt war, trat im Anschluss an eine Erkältung wieder Heiserkeit und Athemnoth auf, die Nachts so bedrohlich wurde, dass der Verf. die Intubation machte. Nach 2 Tagen wurde extubirt; der Pat. athmete zunächst ohne jede Beschwerden, doch schon nach 6 Stunden zeigten sich wieder Erstickungserscheinungen und als Verf. dazu kam, fand er den Knaben völlig asphyktisch mit starkem Trismus; nach vielen Mühen gelang es, einen dünnen Tubus (No. III) in den Larynx einzuführen. Da Verf. fürchtete, dass dieser Tubus, wie das bei der früheren Intubation schon der Fall war, spontan ausgestossen werden würde, machte er die Tracheotomie. Heilung nach 8 Tagen.

Verf. bedient sich mit Vorliebe solcher Intubationsröhren, die ganz aus Vulcanit gefertigt sind; er hat niemals bei deren Anwendung Perichondritis oder Schleimhautgeschwüre auftreten sehen.

FINDER.

75) **G. Prota. Laryngismus stridulus und adenoide Vegetationen. (Laringismo stridulo e vegetazioni adenoidi.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio etc. No. 11. 1905.*

Verf. veröffentlicht 10 Fälle von Laryngismus stridulus bei Kindern mit adenoiden Vegetationen; nach Ausräumung des Nasenrachens verschwanden die Anfälle von Laryngismus stridulus völlig.

FINDER.

76) **C. C. Benedict. Tetanie und Laryngismus stridulus bei einem atrophischen Kind. (Tetany and Laryngismus stridulus accompanying malnutrition in an infant.)** *Journal of the American Medical Association. 7. Januar 1905.*

Bericht über einen tödtlich verlaufenen Fall.

EMIL MAYER.

77) **J. de Bruin** (Amsterdam). **Tetanie und Spasmus glottidis in Amsterdam. (Tetanie en spasmus glottidis in Amsterdam.)** *Handelingen X. Natuur- en Geneesk. Congres. Arnheim 1905.*

Bis vor 4 Jahren sah de B. in Amsterdam niemals Tetanie; in den letzten 4 Jahren dagegen nicht weniger als 14 Fälle, von denen 6 mit Laryngospasmus einhergingen. Weiter beobachtete er noch 17 Fälle von Laryngospasmus ohne Tetanie bei Kindern. Der Glottiskrampf ist offenbar benigner Art; seine Fälle endeten sämmtlich mit Heilung.

H. BURGER.

78) **H. Russell Nolan** (Sydney). **Ein Fall von Trachealblutung. (A case of tracheal hemorrage.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1905.*

Es handelte sich um einen 54 jährigen Mann, bei dem heftige Hämoptysen auftraten, ohne dass durch die Untersuchung der Lungen irgend welcher Grund dafür ausfindig gemacht werden konnte. Laryngoskopisch sah man Blut aus der linken Trachealwand hervorquellen, dicht unterhalb der linken Stimmlippe. Sonst war in der Trachea nichts Krankhaftes auffindbar.

A. J. BRADY.

79) Escat. **Dringende Tracheotomie beim Erwachsenen; Laryngotomia inter-cricothyreoidea. (Trachéotomie d'urgence chez l'adulte; laryngotomie inter-crico-thyreoidienne.)** *Arch. méd. de Toulouse. 15. April 1904.*

Uebersicht über die hauptsächlichsten Indicationen für die dringliche Tracheotomie und die anzuwendende Technik.

A. CARTAZ.

80) Thomas C. Hoover. **Unmittelbarer Verschluss der Tracheotomiewunde. (Immediate closure of tracheotomy wounds.)** *Journal of the American Medical Association. 3. Juni 1905.*

Bericht über einen Fremdkörper — ein Getreidekorn — in der Trachea. Es wurde die Tracheotomia inferior gemacht. Die Wunde wurde sofort mit feinem Catgut geschlossen. Prompte Heilung.

EMIL MAYER.

81) Miles J. Porter. **Unmittelbarer Verschluss von Tracheotomiewunden. (Immediale closure of tracheotomy wounds.)** *Journal of the American Medical Association. 8. April 1905.*

Verf. plaidirt dafür, Tracheotomiewunden, ausser, wenn es sich um Dyspnoe oder infectiöse Krankheiten handelt, stets völlig und sofort zu schliessen.

EMIL MAYER.

82) Joh. Henrichsen (Kopenhagen). **Fall von Stenosis tracheae post vulnus incisum. (Tilfälde af Stenosis tracheae post vulnus incisum.)** *Ugeskr. f. Laeger. 20. Juli 1905.*

Die Arbeit ist im Archiv für Laryngologie und Rhinologie, 1905, S. 343, veröffentlicht.

E. SCHMIEGELOW.

83) George E. Brewer. **Zwei Fälle von Trachealstenose infolge Neubildung. (Two cases of tracheal stenosis from new growth.)** *N. Y. Medical News. 11. Februar 1905.*

Der erste Patient war ein 11 jähriger Knabe; im Alter von 5 Jahren litt er an Kehlkopfpapillomen. In Folge Athemnoth musste die Tracheotomie gemacht werden. Mittelst andauernder, localer Behandlung wurde der grösste Theil der Kehlkopfgeschwülste entfernt, ohne dass die Athmung wesentlich gebessert wurde. Sobald die Canüle entfernt wurde, trat schwere Dyspnoe ein. Man fand unmittelbar unterhalb der Trachealöffnung eine grosse papillomatöse Masse, die das Lumen völlig verlegte und mittels einen schmalen Stiels der linken Trachealwand aufsass. Sie konnte mit Leichtigkeit entfernt werden, ebenso wurden Papillome an und unter den Stimmbändern abgetragen.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Mann mit einem Adenocarcinom einer Nebenschilddrüse. Die Geschwulst verursachte erhebliche Trachealstenose. Es wurde zunächst die Tracheotomie gemacht, dann der Tumor freigelegt. Dieser erwies sich als grosser, abgekapselter Tumor unterhalb der Schilddrüse, der zum Theil in das Mediastinum hinabreichte. Der Tumor wurde exstirpirt und Pat. machte eine schnelle Heilung durch.

LEFFERTS.

84) **Georgiewski. Fall von erschwertem Decanulement. Die diagnostische und heilende Wirkung der Intubation bei demselben. (Slutschai satrudn. dekanulazii, diagnost. w letscheb. snatschenie pri nei intubazin.)** *Pract. Wratsch. 1905.*

Die Ursache der schwierigen Athmung lag im Fall von G. in Ansaugung von Tracheallappen in der Umgebung der Wunde. Die lange Intubationsröhre, construirt von G., erwies ihm gute Dienste. Sowohl der Intubator, wie die Canüle konnten entfernt werden.

P. HELLAT.

85) **H. R. Black. Fremdkörper in Kehlkopf, Trachea und Bronchien. (Foreign bodies in the larynx, trachea and bronchi.)** *Journal of the South Carolina Medical Association. 21. September 1905.*

Bericht über 8 Fälle; Entfernung der Fremdkörper auf dem gewöhnlichen Weg.

EMIL MAYER.

86) **John Dunn. Ein ungewöhnlich grosser Fremdkörper 5 Tage lang im Kehlkopf. Entfernung. (An unusually large foreign body in the larynx for 5 days. Removal.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 10. November 1905.*

Von dem Fremdkörper wird nur gesagt, dass es sich um einen ungewöhnlich grossen Knochen handelte. Maasse sind nicht angegeben. Der Fremdkörper theilte das Larynxinnere in zwei Hälften. Es bestand Heiserkeit und Schluckschmerz, aber keine Dyspnoe. Mit grosser Gewalt gelang es, den Knochen zu extrahiren.

EMIL MAYER.

87) **Zia-Noury. Seltener Fremdkörperfall des Kehlkopfs. (Cas rare de cerps étranger du larynx.)** *Arch. intern. de laryngol. Mai-Juni. No. III. 1905*

Verf. beschreibt den Fall eines kleinen Mädchens, dem er zwecks Extraction von 3 Eierschalenstückchen von 4—5 mm Durchmesser die Laryngofissur machen musste. Die Radiographie hatte bei der Diagnose keine Dienste geleistet. Der Heilungsverlauf war ausgezeichnet.

E. J. MOURE.

88) **Salvatore Saitta. Casuistik von Blutegeln im Kehlkopf. (Casistica di sanguisuga in laringe.)** *Rassegna internazionale della medicina moderna. No. VI. 1.*

Verf. hat 18 Fälle zusammengestellt, in denen Blutegel, meist mit dem Trinkwasser, in den Larynx gerathen waren. Hervorgehoben wird, dass der Blutegel mehrere Tage lang im Kehlkopf sich befinden kann, ohne erhebliche Störungen hervorzurufen.

G. FINDER.

89) **Mendel. Trachealinjection: ihre Vereinfachung und Anwendung bei Lungentuberculose. (Tracheal injection; its simplification and its use in pulmonary tuberculosis.)** *Lancet. 15. Juli 1905.*

Die Injection nicht-irritirender Flüssigkeiten in die Trachea ruft keinen Husten oder sonstigen Reflex hervor. Verf. verwendet 5—10 proc. Eucalyptol-Lösung und 5—50 proc. Lösung von Gomenol in reinem Olivenöl. Ist die Zunge herausgezogen und Patient schluckt nicht, so ist der Eingang zum Oesophagus verschlossen, so dass jede Flüssigkeit, die hinter der Zunge in den Pharynx injicirt wird, durch

die Glottis gelangen muss. Verf. bedient sich der Spritze von Beehag. Nachdem die Zunge des Pat. herausgezogen ist, wird die Spritze gegen die Basis des linken Gaumenbogens gedrückt und ihre Oeffnung gegen die seitliche Rachenwand gerichtet. Die ausgespritzte Flüssigkeit gelangt an die hintere Rachenwand und fliesst in die Glottis.

ADOLPH BRONNER.

90) **De la Foulhouze. Die Trachealinjectionen mit Gomenolöl bei der Behandlung der Lungentuberculose. (Les injections trachéales d'huile gominolée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Verf. empfiehlt das Verfahren von Mendel zur intratrachealen Injection. Von den verschiedenen zur Injection empfohlenen Substanzen giebt er bei der Lungentuberculose dem Gomenol den Vorzug, das durch Destillation aus den Blättern von Melaleuca viridiflora erhalten wird. Er gebraucht eine 10 proc. Lösung und injicirt Anfangs 1 ccm, steigt aber allmälig auf 9 ccm, die er in 3—4 Sitzungen pro die injicirt. Die Resultate sollen sehr zufriedenstellend sein.

A. CARTAZ.

91) **Marangos** (Manilla). **Neue Technik der intratrachealen Injection von der Nase aus. (Nouvelle technique d'injection intratrachéale par voie nasale.)** *Société de médecine de Lyon. 22. Mai 1905.*

Nach dem Verfahren M.'s soll die Flüssigkeit nicht, wie es bei der Injection per os geschieht, durch ihre Schwere nach unten befördert werden, sondern durch die bei jeder Inspiration sich vollziehende Aspiration nach der Trachea zu. Er bedient sich dazu einer kleinen Glasspritze mit entsprechend gebogener Canüle, die durch ein Nasenloch eingeführt wird, bis die Canüle am freien Rand des Gaumensegels erscheint. Die Vorzüge der Methode sollenin der Leichtigkeit der Technik bestehen, ferner darin, dass die Flüssigkeit sicher völlig in die Trachea gelangt, die Injection dem Kranken selbst anvertraut werden und dieselbe auch bei Kindern vorgenommen werden kann.

P. RAUGÉ.

92) **M. Paunz** (Budapest). **Laryngo-tracheoskopie und directe Bronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 1—2. 1905.*

4 Jahre altes Kind, seit 6 Monaten schwer athmend, wird in der Absicht, die Tracheoskopie auszuführen, narkotisirt, während der Narkose aber, bevor die Einführung des Rohres versucht werden konnte, tritt hochgradige Asphyxie auf, welche die sofortige Tracheotomie erheischt; künstliche Athmung, die Tracheoskopie wird jetzt versucht, gelingt aber nicht. Nach ungefähr 14 Tagen treten Fieber und Bronchopneumonie auf, nach weiteren 14 Tagen in Narkose abermalige Bronchoskopie, diesmal mit Erfolg. Es liess sich die Anwesenheit eines Fremdkörpers im rechten Bronchus feststellen, Extraction gelingt nicht, mittlerweile hustet der Patient einen 3 mm langen, 2 mm dicken, gelblich-grauen, gequollenen Kern aus. Das Decanulement, welches später mit Hilfe von Intubation versucht wurde, gelingt nicht, und Patient erlag nach 2 Monaten einem heftigen Bluthusten. Bei der Obduction wurde ein grosser, spondylitischer Halswirbelabscess, Decubitus in Folge von Intubation mit nachfolgender Verblutung aus der Arteria anonyma nachgewiesen.

v. NAVRATIL (POLYAK).

93) **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der Bronchoskopie. (A bronchoskopia gyakorlati értéke esetek kapisán.)** (Demonstration in der Sitzung der k. Ges. der Aerzte zu Budapest am 21. October 1905.) *Orvosi Hetilap. No. 44. 1905.*

Fall I. Mädchen, 16 Monate alt, bekam, während sie Hühnerfleisch ass, einen Erstickungsanfall. Bei der Aufnahme in das Kinderspital Fieber, Husten, rechtsseitige Pneumonie. Wegen Verdacht auf Fremdkörper wird die untere Bronchoskopie ausgeführt und die Verstopfung des rechten Bronchus durch einen grauweissen Fremdkörper festgestellt. Die Eiterung aus dem Bronchus erschwerte sehr das Sehen, doch gelang es schliesslich, einen hirsekorngrossen Knochensplitter zu fassen und zu entfernen. Acht Tage später hustete das Kind noch mehrere kleine Knochenstücke aus, worauf schnelle Heilung erfolgte.

Fall II. 3 Jahre alter Knabe aspirirte einen Melonenkern. Tracheotomie. Nach 8 Tagen Decanulement. Nach weiteren 5 Tagen wird wegen Suffocation wieder tracheotomirt. 10 Tage später untere Bronchoskopie in tiefer Narkose und Entfernung des eingekeilten Kerns aus dem rechten Bronchus. Heilung.

Verf. meint, dass bei Fremdkörpern, welche anschwellen oder zu Zerfall neigen, die untere Bronchoskopie angezeigt ist.

Bei der Discussion erwähnt A. Winternitz, dass die Bronchoskopie auch bei anderen Leiden, welche klinisch Symptome von Aspiration eines Fremdkörpers vortäuschen, angewendet wurde, und zwar: 1. bei prävertebralen Abscessen in Folge von Spondylitis der oberen Brustwirbel, wo der Gibbus fehlte und die Luftröhrencompression in zwei Fällen mit Hülfe der unteren Bronchoskopie nachgewiesen wurde; 2. bei einem Falle von tuberculöser Vereiterung der tracheobronchialen Drüsen, wo der Durchbruch in die Luftröhre Suffocation verursachte. Winternitz demonstrirt einen 6 Jahre alten Knaben, welchen er wegen schwerer Athemnoth tracheotomirt hatte; die Athmung blieb aber trotz Canüle schwer. Durch das Bronchoskop fand er oberhalb der Mündung des rechten Bronchus in der Luftröhre die Durchbruchstelle, aus welcher sich käsige Substanzen entleerten. Der Fall endete mit Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

94) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Lunge. (Bronchoskopy for removal of foreign bodies in the lungs.)** *Illinois Medical Journal. November 1905.*

Bei einer bronchoskopischen Untersuchung wegen Fremdkörper fiel das elektrische Mignonlämpchen nebst dem daran haftenden Metalltheil in den Bronchus. Bei der zweiten Untersuchung nach zweistündiger Narkose wurde der Fremdkörper — eine Nadel — gefunden, die elektrische Lampe wurde jedoch nicht entdeckt und wurde wahrscheinlich ausgehustet. Völlige Heilung.

In einem zweiten Fall wurde ein Metallstück aus dem Bronchus eines 5jährigen Kindes entfernt. Die Operation wurde erheblich erleichtert durch den Introductor nebst Aspirationspumpe. Die Narkose dauerte $2^1/_2$ Stunden.

EMIL MAYER.

95) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie zur Entfernung eines Kragenknopfes aus der Lunge. (Bronchoscopy for removal of collar button from the lung.)** *N. N. Medical News. 8. Juli 1905.*

Der Fremdkörper sass 14 Monate lang in den Luftwegen; die Untersuchung mit dem Fluorescenzschirm war negativ. Bei der unter Narkose vorgenommenen bronchoskopischen Untersuchung wurde eine grosse Menge Eiter hervorgebracht; in ihm fanden sich die Reste des Kragenknopfes. Pat. machte eine glatte Heilung durch.

LEFFERTS.

96) **A. Narath** (Utrecht). **Corpus alienum in bronche.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 22. 1905.*

Einem Patienten, der wegen posttyphöser Kehlkopfstenose 20 Jahre lang permanent die Tracheotomiecanüle getragen, bricht die Canüle; die Röhre fällt in die Trachea herunter. Nach 22 Tagen und manchen vergeblichen Extractionsversuchen stellt sich der Pat. bei N. ein. Nach unterer Tracheotomie konnte sich dieser mittelst des Oesophagoskops von der Anwesenheit des Fremdkörpers im rechten Bronchus, nahe der Bifurcation, überzeugen. Mittelst desselben Instrumentes gelang die Extraction ziemlich leicht.

H. BURGER.

97) **Thomas A. Claytor. Ein Fall von Fremdkörper in einem Bronchus. (A case of foreign body in a bronchus.)** *The Journal American Medical Association. 11. November 1905.*

Ein $5^1/_2$ Jahre altes Kind aspirirte eine Eichel. Alle Symptome sprachen dafür, dass der Fremdkörper im rechten Hauptbronchus steckte. Eine 20 Tage später vorgenommene Bronchoskopie verlief resultatlos. Drei Wochen später zeigte die Untersuchung mit Röntgenstrahlen einen deutlichen Schatten rechts vom Sternum, der auf eine Verdichtung an dieser Stelle hinwies. Der Fremdkörper kam schliesslich bei Hustenstössen in kleinen Stücken wieder zu Tage, womit alle Erscheinungen sofort nachliessen.

EMIL MAYER.

98) **H. St. Germain. Fremdkörper im Bronchus. (Forein body in the bronchus.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juli 1905.*

Verf. giebt eine Beschreibung der Killian'schen Bronchoskopie. Er giebt persönlich dem Ingals'schen elektrischen Bronchoskop den Vorzug. Er beschreibt einen Fall von Fremdkörperextraction aus dem Bronchus eines Kindes mittels eines gewöhnlichen Endoskops.

LEFFERTS.

99) **E. Fletscher Ingals. Respiratorische Bewegungen des Bronchialrohres. (Respiratory movements of the bronchial tubes.)** *N. Y. Medical News. 1905.*

Das geschilderte Factum wurde vom Verf. zuerst bei der bronchoskopischen Untersuchung eines 2jähriges Kindes, später eines 13 Jahre alten Knaben beobachtet. Er beobachtete, dass bei der Inspiration der Durchmesser des Bronchus zwei- bis dreimal so weit war, als bei der Exspiration.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

100) **J. Nerking. Die Schilddrüse und ihre Einwirkung auf die Entwickelung des Embryos.** *Diss. med. Bonn 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

101) **W. G. Mac Callum. Die Beziehung der Parathyroiddrüsen zu Tetanie.** *Centralbl. f. allg. Pathol. XVI. 10. S. 385.*

Nach Verf. haben die Parathyroiddrüsen die Functlon, toxische Materien zu entgiften; das Auftreten von Tetanie beruht auf Unzulänglichkeit dieser Function, deshalb ist bei Tetanie Organtherapie angezeigt. J. KATZENSTEIN.

102) **Watson. Die Schilddrüse; Einfluss der Diät auf ihre Structur und Function. (The thyroid gland; the influence of the diet on its structure and fonction.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

W. beabsichtigt, zu zeigen, dass verschiedene Arten der Diät histologische Veränderungen an verschiedenen Organen verursachen und ihre functionelle Activität beeinträchtigen können; dies treffe besonders für die Schilddrüse zu. Es wurden zwei Serien von Versuchen angestellt: die einen an Vögeln, die anderen an Ratten. Verf. kam zu folgenden Ergebnissen: Excessive Fleischnahrung führt ausgesprochene structurelle Veränderungen in der Schilddrüse herbei, die mit einer Modification in der Thätigkeit der Drüse verbunden sein müssen. Verf. glaubt, dass die Zunahme der Fleischnahrung in England eine Veränderung im Charakter der Schilddrüsensecretion zur Folge habe. LEFFERTS.

103) **Notiz des Herausgebers. Die antagonistische Wirkung in den Absonderungen der Schild- und Nebenschilddrüsen. (The antagonistic action of the secretions of the thyreoid and parathyreoid glands.)** *N. Y. Medical Journal. 21. October 1905.*

Es wird auf eine Veröffentlichung von Pouchet (Bulletin général de thérapeutique, September 1905) aufmerksam gemacht, in der auf eine antagonistische Wirkung zwischen dem Secret der Schilddrüse und Nebenschilddrüse hingewiesen wird. Die innere Secretion der letzteren soll nach den Untersuchungen von Charrin, Gley und Moussu in naher Beziehung stehen zu krampfartigen Erscheinungen, ähnlich wie Tetanus, während Secretion der Schilddrüse in Verbindung gebracht wird mit Störungen des Metabolismus, die hauptsächlich in einer Herabsetzung des nutritiven und respiratorischen Stoffwechsels bestehen, in intellectueller Depression, Stillstand des Knochenwachsthums und der geistigen Entwickelung. Es kann gesagt werden, dass die innere Secretion der Parathyreoiddrüsen antitoxisch, die der Schilddrüse excitonutritiv wirkt. Bisher ist noch kein Unterschied in der chemischen Constitution dieser Organe bekannt; doch geben vielleicht die erwähnten Thatsachen eine Erklärung für die Verschiedenheiten, die man bei der Behandlung beobachtet. LEFFERTS.

104) **Faris. Blutcysten der Schilddrüse. (Hemorrhage cysts of the thyroid.)** *N. Y. Medical News. 16. September 1905.*

Verf. berichtet zwei Fälle bei Hunden. In beiden Fällen wurden die Cysten

entfernt. Sie waren dickwandig und mit dunkelrothem gummiartigen Material gefüllt. Wahrscheinlich spielt bei der Aetiologie Trauma eine Rolle. LEFFERTS.

105) **Herbert C. Moffitt. Affectionen der Schilddrüse in Californien. (Affections of the thyroid in California.)** *N. Y. Medical Record. 29. Juli 1905.*

M. glaubt, dass Schilddrüsenerkrankungen ebenso wie Aneurysmen und frühzeitige Arteriosklerose in San Francisco häufiger seien als in vielen anderen amerikanischen Städten. 5 pCt. der jungen Frauen, die im Jahre 1904 auf die californische Universität kamen, hatten vergrösserte Schilddrüsen. Seit Januar 1905 hat Verf. bei seinen Patienten 15,2 pCt. mit Kropf gefunden: alle waren in Californien geboren oder lebten dort seit Jahren. Myxödem fanden sich 53 Fälle aus San Francisco und 83 im Staate Californien. LEFFERTS.

106) **Louis Duncan. Ein endemischer Kropfherd auf den Philippinen. (An area of endemic goitre in the Philippine Islands.)** *N. Y. Medical Journal. 25. November 1905.*

Verf. beschreibt einen Kropfherd in Macabebe; er führt ihn auf das Fehlen von Trinkwasser, Erblichkeit und Inzucht zurück. Er taxire mindestens 2 pCt. der Bevölkerung als Kropfträger. LEFFERTS.

107) **W. Macaush** (Victoria, Australien). **Ein Fall von plötzlichem Kropf. (A sudden case of goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juli 1905.*

Verf. berichtet über einen grossen Kropf, der sich innerhalb weniger Minuten entwickelte. Patientin, eine junge Frau, hatte plötzlich ein Suffocationsgefühl und M., der sofort hinzukam, fand einen grossen Kropf. Die Venen über dem Tumor sprangen stark hervor. Es bestand kein Exophthalmos. Nach 14 Tagen konnte eine Verkleinerung des Tumors constatirt werden. A. J. BRADY.

g. Oesophagus.

108) **G. Haane. Ueber die Drüsen des Oesophagus und des Uebergangsgebietes zwischen Pharynx und Oesophagus.** *Arch. f. wiss. u. pract. Thierheilkunde. Bd. 31. H. 4/5. S. 466.*

Die Grenze zwischen Pharynx und Oesophagus wird ventral von den zurückgebogenen Spitzen der Cartilagines corniculatae (Arytaenoideae) und wirbelwärts von der Vereinigung der beiden Arcus pharyngo-palatini gebildet, die als Wulst (Wiederkäuer und Fleischfresser) oder Falte (Pferd und Schwein) in die Erscheinung tritt. (Limen s. Torus pharyngo-oesophageus oder Plica pharyngo-oesophagea).

Der Ringwulst (Drüsenring) des Hundes und die Ringfalte der Katze liegen nicht am Oesophaguseingang als Grenze zwischen Pharynx und Oesophagus; sie liegen vielmehr im Oesophagus und scheiden den Oesophagusvorraum oder Oesophagusvorhof vom eigentlichen Oesophagus ab.

Beim Rind hat man innen an der ventralen Oesophaguswand in der Regel eine dem Ringgebilde des Hundes entsprechende drüsenreiche, wulstartige Bildung,

so dass man bei diesem Thiere auch einen ventralen, drüsenhaltigen Oesophagusvorraum unterscheiden kann, der aber noch besser mit der Area pharyngo-oesophagea der Einhufer zu vergleichen ist.

Diese drüsenhaltige Area pharyngo-oesophagea findet sich auch bei Schaf und Ziege, ist aber bei diesen Thieren klein und mit blossem Auge kaum nachweisbar.

Beim Pferd schiebt sich caudal von den Aryknorpeln ein drüsenhaltiges Querfeld als Uebergangsgebiet zwischen Pharynx und Oesophagus, die Area pharyngo-oesophagea ventralis ein, welche sich, im Gegensatz zu den anderen Hausthieren, kranial weiter fortsetzt.

Die Schleimhaut des Pharynx enthält Schleimdrüsen. Die Uebergangszonen bezw. die Schleimhaut des Oesophagusvorraumes sind ebenso wie die Arcus palato-pharyngei und der Torus bezw. die Plica pharyngo-oesophagea drüsenhaltig; die Drüsen häufen sich am Oesophaguseingange besonders an.

Die Oesophagusschleimhaut enthält beim Hund Drüsen in zusammenhängender Lage vom Anfang bis zu Ende.

Beim Schwein kommt ein zusammenhängendes Drüsenlager bis zur Mitte der Länge des Oesophagus vor.

Beim Pferd, bei den Wiederkäuern und bei der Katze ist der eigentliche Oesophagus (abgesehen von den Drüsenfeldern am Oesophagusanfang, den Oesophagusvorräumen) drüsenfrei.

Die Oesophagusdrüsen sind bei allen unseren Hausthieren tubulöse oder alveolo-tubulöse Schleimdrüsen, die wesentlich submucös liegen und von den Cardialdrüsen des Magens verschieden sind. Beim Hund erstrecken sich einige Oesophagusdrüsen an der Cardia in die Submucosa der Magenschleimhaut, heben sich aber von den Magendrüsen scharf ab.

J. KATZENSTEIN.

109) **Hartmann** (Kassel). **Ueber einige ösophagoskopische Fälle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 71. 1904.*

Bericht über 4 Fälle, in 3 handelte es sich um ein Carcinom, in einem anderen Falle, bei einem 75 jährigen Manne, um einen Tumor, der anfangs glatt war, später an seiner Oberfläche unregelmässig geringelt aussah. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes ergab nichts von einer malignen Neubildung.

O. SEIFERT.

110) **Félizet** (Paris). **Fremdkörper des Oesophagus mittelst Kirmisson'schen Hakens extrahirt. (Corps étranger de l'oesophage extrait avec le crochet de Kirmisson.)** *Société de chirurgie. 7. Juni 1905.*

Ein Kind hatte zwei Sousstücke verschluckt. Beide Fremdkörper wurden gleichzeitig mit dem Haken zu Tage gebracht. Das Kind selbst besorgte die Extraction, indem es das Instrument am Griffe fasste und herausriss.

PAUL RAUGÉ.

111) **D'Oelnitz. Fremdkörper der Speiseröhre mittelst des Hakens extrahirt. (Corps étranger de l'oesophage extrait à l'aide du crochet.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 22. Februar 1905.*

Es handelte sich um ein durch ein Kind verschlucktes 50-Centimesstück.

Mittelst des Radioskops sah man den Fremdkörper hinter dem Manubrium sterni. Verf. gelang es, nachdem mit verschiedenen anderen Instrumenten vergebliche Versuche gemacht waren, mittelst des Kirmisson'schen Hakens den Fremdkörper zu extrahiren, nachdem er 11 Tage in der Speiseröhre gesteckt hatte. Die Heilung verlief völlig glatt.

A. CARTAZ.

112) **H. Littlewood. Eine Reihe von Fällen von Einkeilung künstlicher Gebisse in den Oesophagus. (A series of cases of tooth plate impacted in the oesophagus.)** *Lancet. 12. August 1905.*

In 3 Fällen wurden die Gebisse während des Schlafes verschluckt und mittelst des Münzenfängers extrahirt. In einem Fall wurden erfolglose Versuche zur Extraction gemacht, und 7 Wochen danach wurde mit Erfolg die laterale Oesophagotomie gemacht. Man fand eine grosse Höhle, die mit dem linken Bronchus communicirte.

A. BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran im September 1905.

(Section für Rhino- und Laryngologie.)

Als Einführende fungirten: Fischer (Meran) und Juffinger (Innsbruck). Schriftführer Rischawy und Wassermann (Meran).

Als erster sprach Victor Lange (Kopenhagen) über den Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und Enuresis der Kinder.

Er sprach sich entschieden gegen die in den letzten Jahren behauptete Hypothese von dem Zusammenhang der beiden Erscheinungen aus. Vorerst deshalb, weil er blos 8 Mal unter 39 Fällen der Enuresis adenoide Vegetationen zu constatiren vermochte, noch mehr aber deswegen, weil die in allen diesen Fällen vollzogene Operation blos in einem Falle einen ziemlich zweifelhaften Erfolg in Bezug auf die Enuresis hatte. Lange behauptet, die Enuresis wäre blos eine nervöse Erkrankung, da wirklich alle beobachteten Kinder nervös waren.

Bestätigt fand er diese Anschauung durch den Erfolg einer darauf basirenden Kur mit Arsen und Eisen; in einem Falle, mit gleichzeitig hypertrophischem Kartarrh, gab er ausser Arsen und Eisen zugleich Jod. Alle Fälle wurden theils geheilt, theils gebessert. Lange erinnert daran, dass der sogenannte adenoide Habitus ohne Vegetationen (vergl. Berl. Klin. Wochenschr. 1897, No. 1) viel Aehnlichkeit mit dem Habitus der meisten kleinen Patienten hat. Nach Lange's Meinung ist dabei immer die Nervosität die Hauptsache, und es handelt sich in der That um eine universelle Krankheit, und es wäre falsch, wegen eines irreleitenden Symptoms die Krankheit als Localerkrankung aufzufassen.

Diese Anschauungen stiessen bei einer Anzahl der Anwesenden auf lebhaften Widerstand.

Gradenigo (Turin) führt gegen ihn Fälle an, bei denen gleich nach der Operation die Enuresis verschwand; da müsse er doch an einen Zusammenhang zwischen Enuresis und adenoiden Vegetationen denken. „Beweisend aber sind noch eher jene Fälle, wo die Enuresis nach der Entfernung der adenoiden Vegetationen verschwand, aber später sich sofort wieder einstellte, sobald die nasale Respiration durch einen intermitirenden Schnupfen verhindert wurde." Für den Zusammenhang spräche auch die Häufigkeit der Enuresis bei Kindern mit adenoiden Vegetationen, die bei der genau aufgenommenen Anamnese zu Tage tritt. Da die Enuresis mit Rhinitis catarrhalis hypertrophica im Zusammenhang steht, müsse man bei Operationen auch an diese Möglichkeiten denken.

Heymann steht auf einem mittleren Standpunkt. Mit aller Entschiedenheit spricht er sich aber dafür aus, in allen Fällen der Enuresis nach adenoiden Vegetationen zu fahnden, und bei Constatirung derselben gründlich zu operiren; denn wenn auch die Enuresis nocturna nicht eine directe Folge der adenoiden Vegetationen ist, so ist sie doch verursacht durch neuropathische Zustände, welche mit den adenoiden Vegetationen im Causalnexus stehen. Der Redner corrigirt nur noch, dass ein Zusammenhang der Enuresis mit adenoiden Vegetationen schon vor 1890 (Schäffer) angenommen wurde.

Ebenfalls für die Operation plädirt L. Réthi (Wien): Die adenoiden Vegetationen müssten schon deswegen entfernt werden, weil nach seinen Untersuchungen in 6 pCt. der Fälle darin latente Tuberculose zu constatiren war. Auch Réthi glaubt keinesfalls an einen directen Zusammenhang zwischen Enuresis und Vegetationen, sondern blos an eine indirecte Vermittlung durch das Nervensystem analog dem Asthma bei kranker Nase. Das erkläre auch, warum bei Rhinitis hypertrophica auftretende Enuresis auf Arsen verschwand; solche Fälle beobachtete auch Réthi. Es ist ja gleich, ob man bei einer solchen Reflex-Neurose den Hebel bei der anatomischen Veränderung ansetzt, die als veranlassendes Moment anzusehen ist, oder bei der ursächlichen neuropathischen Veranlagung.

Auf die Seite Lange's stellte sich M. Gutzmann (Berlin). Nur in einem geringen Procentsatz der Fälle verschwand die Enuresis nach der Adenotomie. Uebrigens bewiesen klinische Beobachtungen, dass die Enuresis viel häufiger sei, als man gewöhnlich annimmt. Da die meisten derartigen Kinder neuropathisch veranlagt sind, räth Gutzmann, bei solchen blos in der Narkose zu operiren.

Th. S. Flatau (Berlin) ist ein unbedingter Anhänger der Adenotomie, da der Erfolg in einer Reihe von Fällen unbedingt da sei. Was der Grund wäre, wisse man ja nicht. Er für seine Person glaube nicht an eine mechanische Einwirkung auf die interarachnoideale Lymphstauung, sondern halte mit Henoch das Verschwinden der Enuresis blos für psychisch.

Barani (Wien) bemerkt, dass Enuresis nocturna häufig einen nächtlichen epileptischen Anfall larvirt. Solche werden aber häufig durch operative Eingriffe, besonders am Kopfe, zum Schwinden gebracht.

Imhofer (Prag) stellte sich auf Seite Lange's. Er hält eine strictere Indicationsstellung für Operationen der adenoiden Vegetationen für nothwendig. Während er von der Arsen-Eisentherapie gute Resultate gesehen hat, schwand,

trotz exact ausgeführter Adenotomie, das Offenstehen des Mundes oder ein anderes Symptom gar nicht.

Pick (Meran) erinnert sich an einen Fall, wobei erst längere Zeit nach Entfernung der adenoiden Vegetationen Enuresis nocturna eingetreten ist.

H. Frey (Wien) hält es für angezeigt, adenoide Vegetationen, wo solche vorhanden sind, stets zu entfernen, auch wenn keine auffallenden Symptome bestehen. Das Bestehen der adenoiden Vegetationen bedeutet für den Träger eine Neigung zu den verschiedensten Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes, besonders zur Tuberculose. Schon aus blosser Prophylaxe müsste man die Vegetationen stets entfernen. Das auch nervöse Symptome sehr oft schwinden, sei sicher. In einem Falle von Frey verschwanden nach Entfernung adenoider Vegetationen Sehstörungen hysterischer Art. (Fortsetzung und Schluss folgen.)

Wassermann (Meran), Schriftführer der Section.

---

b) Pariser Gesellschaft für Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Sitzung vom 11. November 1904.

Vorsitzender: Courtade.

Cauzard: Demonstration von Instrumenten.

1. Zungenspatel verschiedener Formen. 2. Metallspritze für intranasale Oelinjectionen.

Cauzard: Schulhygiene und Oto-Rhinologie.

Verf. protestirt gegen den vom Congress zu Bordeaux 1904 angenommenen Vorschlag Guye's einer Schulenquête über adenoide Vegetationen, die vom Lehrer unternommen werden soll. Eine solche Enquête sei unwissenschaftlich und verführe die Lehrer zum Betreiben einer illoyalen Medicin. Er bedauere, dass gerade Otologen die Behörden veranlasst haben, diesen Weg einzuschlagen. C. fordert, dass die Frage noch einmal zur Discussion komme, dass man die Beschlüsse des Congresses von Bordeaux abändere und eine rationelle Enquête erhebe, die der „Ligue des médecins et des familles“ anheimgegeben werden solle.

Delsaux unterstützt Cauzard's Vorschlag. Er hat sich bereits in Bordeaux von Guye getrennt. Der Lehrer habe nur die Rolle des Beobachters zu spielen, der auf physische Mängel, die ihm bei den Schülern auffielen, aufmerksam zu machen habe.

Castex behauptet, die Diagnose der adenoiden Vegetationen müsse von einem Otologen gestellt werden.

Saint-Hilaire: Beitrag zur Pathologie der Taubstummheit.

Sitzung vom 9. December 1904.

Furet: Tuberculome der Nasenscheidewand und ein syphilitisches Gummi am Warzenfortsatz.

Beides fand sich bei ein und derselben Patientin. Die Diagnose der Tuberculome, die übrigens bei jeder neuen Schwangerschaft recidivirten, wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

Lubet-Barbon: Epitheliom des rechten Aryknorpels.

Vorstellung eines Patienten mit einer gestielten Tumormasse am rechten Aryknorpel.

Lubet-Barbon: Psoriasis linguae.

Der Fall ist erfolgreich mit Calomelinjectionen behandelt worden.

Vaillard: Neubildung im Kehlkopf.

Vorstellung eines Patienten, den V. mittels Radiotherapie behandeln will.

Sitzung vom 13. Januar 1905.

Vorsitzender: Gellé.

Monnier: Ueber eine neue Behandlungsweise der Kehlkopftuberculose.

Verf. macht Pinselungen mit einem Glycerinextract von Leberthran. Unter dem Einfluss dieses Mittels erleidet das gesunde Gewebe keinerlei Veränderung; das tuberculös erkrankte Gewebe wird grau und erleidet allmälig eine Umwandlung. Der Schmerz lässt nach, das Oedem nimmt ab. Die bisher bei 12 Patienten erzielten Resultate sind sehr zufriedenstellend.

Broeckaert: Anatomo-pathologische Untersuchung eines Falles von frischer Lähmung des N. recurrens.

Neue Betrachtungen über die Entstehung der Veränderungen in den Muskeln, speciell der M. crico-arytaenoidei postici.

Courtade: Ueber die Untersuchung des Nasenrachens mittels der Abtastung.

C. hat eine Reihe von Metallsonden construiren lassen. Er behauptet, dass man damit ebenso gut wie mit dem Finger den Nasenrachen auf adenoide Vegetationen etc. abtasten kann.

Sitzung vom 24. Januar 1905.

Mahu: Fall von Stirnhöhlenempyem.

Es handelt sich um ein nach Kuhnt vor 4 Jahren operirtes doppelseitiges Empyem.

Derselbe: Neue Spritze zur Injection von festem Paraffin.

Suarez de Mendoza: Syphilitischer Kehlkopftumor vom Aussehen einer malignen Neubildung.

Castex: Krankenvorstelung:

1. Larynxtuberculose mittels Milchsäure geheilt.
2. Recidivirendes Angiom des weichens Gaumens.
3. Tuberculose der Nase.
4. Tuberculose des Gaumensegels.

A. Cartaz.



c) Jahresversammlung der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

8.—11. Mai 1905.

Mermod (Lausanne): Fall von Tod in Folge Leptomeningitis vier Tage nach der Operation mittelst der Killian'schen Methode.

Bei der Section fand man den Boden der vorderen Schädelgrube intact, das Operationsfeld aseptisch; die mikroskopische Untersuchung liess keine Eintrittsstellen für die Infection erkennen. Trotzdem zaudert Verf. nicht, einen causalen Zusammenhang zwischen Operation und Meningitis anzunehmen. Der Fall beweist, dass die Killian'sche Methode keinen absoluten Schutz gegen cerebrale Complicationen bietet. M. hat bei 165 nach Luc operirten Fällen stets günstige Resultate erzielt; der einzige, bei dem er einen unglücklichen Ausgang zu beklagen hatte, war der nach Killian operirte.

Lavrand (Lille). Lähmung des linken Stimmbands und der linken Hälfte des Gaumensegels.

Die Lähmung entstand vor 3 Monaten während der Nacht. Pat., ein 21jähr. Mann, hat tuberculöse Infiltration der linken Lungenspitze. Die Gaumensegellähmung heilte nach $1^1/_2$ Jahren, die des Stimmbandes besteht noch. Es handelte sich um eine periphere Lähmung des linken Recurrens und eine temporäre Neuritis des Vago-spinalis in Folge der tuberculösen Spitzenaffection. Es geht aus dem Fall hervor, dass der Facialis nicht an der Innervation des Gaumensegels betheiligt ist.

Vacher (Orleans): Ein einfaches Verfahren zur Abtragung der Epiglottis.

Das Instrument, dessen sich V. bedient, ist eine heisse Schlinge. Er macht die Amputation der Epiglottis, wenn diese in Folge tuberculöser Erkrankung ein ständiges Schluckhinderniss darstellt und die Ernährung des Kranken unmöglich macht.

Bonain (Brest): Narbenstenose des Vestibulum laryngis nach Lupus.

Ein Narbendiaphragma, das in seiner Mitte von einem kleinen Loch durchbohrt war, verschloss den Larynxeingang; es spannte sich von der Basis der Epiglottis zu den Aryknorpeln und den aryepiglottischen Falten. Die Diagnose Lupus wurde bestätigt durch den Befund einer lupösen Stelle am Gesäss. Behandlung: Dilatation des Diaphragma durch Einführung O'Dwyer'scher Tuben und Abtragung eines Theils der aryepiglottischen Falten. Das Resultat war zufriedenstellend.

Molinié (Marseille): Behandlung der Tonsillitis.

Das Verfahren M.'s besteht darin, die Tonsille kräftig zu comprimiren. Es entleeren sich dabei aus der Tonsille grosse Mengen eitriger Massen von käsigem Aussehen und fötidem Geruch; eine geringe Menge Blut kommt bei dieser Procedur aus der entzündeten Mandel heraus. Darauf pinselt man die Tonsille mit 1 proc.

Carbolglycerin. Verf. hat sich dieses Verfahrens in 5 Fällen mit grossem Erfolg bedient.

Bar (Nizza): Angiom des Gaumensegels.

Das Angiom sass im Niveau der Uvula. B. schildert die in Betracht kommenden Methoden, die man anwenden könnte; er hat sich der Galvanopunctur bedient.

Mignon: Drainage des Antrumempyems von der Nase aus.

Das Verfahren besteht darin, dass in die nasale Wand der Oberkieferhöhle ein besonders gestaltetes Drain eingeführt wird, mittelst dessen die Höhle ausgespült wird. Das Drain passt auf einen Krause'schen Troicart, mit dem es eingeführt wird; zur Ausspülung wird dann eine Canüle daran befestigt. M. bespricht die Indicationen und Resultate der Methode.

Collat (Lyon): Santonin bei der Behandlung von tabischen Larynxkrisen.

In einem Fall von heftigen und häufigen, seit mehreren Jahren anhaltenden Larynxkrisen, die allen Behandlungsarten widerstanden hatten, verschwanden die Anfälle im Laufe von 3 Tagen unter dem Einfluss einer täglichen Gabe von 0,45 g Santonin in 3 Dosen. Die Behandlung wurde 2 Monate lang fortgesetzt. Nach 8 Monaten kehrten die Larynxkrisen wieder; Santonin hatte wieder den Effect, sie zum Verschwinden zu bringen.

Champeau (Lorient): Gummi der Zungenmandel.

Specifische Behandlung führte völlige Heilung herbei.

Gellé: Bericht über die Adenopathien bei den Erkrankungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachens.

Der erste Theil der Mittheilung ist der Anatomie des Lymphnetzes nach den neuesten Forschungsergebnissen gewidmet, der zweite (klinische) Theil zeigt, wie und wann die Drüsen auf acute oder chronische Infectionen der Nasenhöhlen und des Cavum reagiren.

Die Lymphgefässe der Nasenhöhlen haben zwei abführende Wege: einen vorderen, der anatomisch von geringer Bedeutung ist, aber klinisch sehr wichtig ist. Dieser führt zu 3 Gruppen von regionären Drüsen: der Ohrspeicheldrüsen-Gruppe, der submaxillaren und subhyoidalen Gruppe. Von da kann der Lymphstrom zu den tiefen Halsganglien gelangen.

Der zweite (hintere) Lymphweg ist anatomisch der hauptsächliche. Die ihn zusammensetzenden Lymphgefässe enden: die oberen in das Ganglion pharyngeale retro-laterale, die mittleren in das grosse Ganglion subdigastricum der tiefen cervicalen Drüsenkette, endlich die unteren in die Ganglienkette an der Iugularis interna.

Das Lymphnetz des Nasenrachens gelangt in 2—3 Lymphstämmen zu den retro-pharyngealen Drüsen.

Die Lymphgefässe der Sinus gelangen zu den pharyngealen und carotidalen Drüsen.

Redner schliesst diesen Theil seiner Mittheilung mit einer Auseinandersetzung über die Communicationen zwischen den subarachnoidalen Räumen des Gehirns mit den Lymphgefässen der Schneider'schen Membran. Die Kenntniss dieser Communicationen erklärt zum Theil das Vorkommen von Meningitiden etc. nach Galvanokaustiken, besonders an der mittleren Muschel und im oberen Theil der Nase, ebenso wie Meningitiden bei ganz kleinen Kindern im Anschluss an nasale Infectionen und schliesslich auch bei diesen die leichte Verschleppung des Koch'schen Bacillus in die Meningen. Es giebt das eine Erklärung für das häufige Vorkommen von tuberculöser Meningitis bei Kindern, in deren Familie Fälle von manifester Lungentuberculose vorhanden sind.

In dem klinischen Theil versucht Redner eine Pathogenese der Adenopathien zu geben. Der Chirurg darf sich nicht damit begnügen, von submaxillaren und cervicalen Lymphdrüsen zu sprechen. Mit Hilfe der Rhinoscopia posterior und besonders der Palpation des Nasenrachenraumes muss er den Zustand der retro- und lateropharyngealen Drüsen, die jedenfalls viel häufiger afficirt sind, als man glaubt, untersuchen.

Escat (Toulouse): Ein Fall von Phlegmone der Zungenbasis.

Bei einem 35jährigen Patienten gelang es E., den Eiterherd durch Punction mittelst eines Krause'schen Troicarts zu eröffnen; der Abscess sass auf der seitlichen hinteren Parthie der Zunge. Der beste Orientirungspunct für die Punction ist der letzte untere Molaris; gerade diesem gegenüber und über ihm ist die geeignete Stelle zur Punction.

Texier und Malherbe (Nantes): Syphilis der Mund- und Rachenhöhle; multiple und successive Schanker.

Es handelte sich um einen 17jährigen Mann, der seit dem 16. December, wo er sich zum ersten Mal vorstellte, zwei Schanker der Tonsillen hatte; das Aussehen der Ulcerationen erinnerte sehr an das bei Angina Vincenti; die bacteriologische Untersuchung des Exsudats ergab das Vorhandensein zahlreicher fusiformer Bacillen. 4 Tage später zeigte sich auf der bis dahin gesunden Oberlippe ein Geschwür, das durchaus den Eindruck eines syphilitischen machte. Das Erscheinen von secundären Symptomen bestätigte die Diagnose der Syphilis.

Das Interesse der Beobachtung besteht in der Multiplicität der Schanker und ihrem successiven Auftreten, sowie in dem Auftreten eines Gumma 4 Monate später, was für eine besondere Malignität der Erkrankung spricht.

Chavasse (Paris): Morcellement der Mandeln und Operation der adenoiden Vegetationen beim Erwachsenen. Das Morcellement, das bei 268 Erwachsenen gemacht wurde, und Abtragung von 552 Tonsillen mit dem Ruault'schen Instrument, haben ausgezeichnete Resultate gegeben; in keinem Fall trat eine Blutung auf. Complicationen waren folgende vorhanden: 2 Adenopathieen, 9 acute Anginen, 3 peritonsilläre Abscesse, 1 acuter Gelenkrheumatismus.

Die Operation der adenoiden Vegetationen mit dem Schmidt'schen Messer wurde bei 310 Erwachsenen gemacht, unter denen bei 196 Ohrenaffectionen, bei 111 Nasenverstopfungen und 1 hysterische Taubheit bestanden.

Therapeutische Resultate: 93 Heilungen oder Besserungen von Otitiden. 1 Heilung einer rebellischen Dyspepsie. Die postoperativen Complicationen bestanden in a) 4 Fällen retardirter oder secundärer Blutung; einer dieser Fälle wurde noch complicirt durch eine intercurrente Scarlatina, die tödtlich verlief. b) 11 Fälle von fieberhafter Pharyngitis, 16 Fälle von Tonsillitis, 4 Fälle von Otitis oder Otorrhoe, 1 Fall von Gelenkrheumatismus. c) Eine Hämorrhagie durch eine alte Trommelfellperforation.

Von 26 Patienten mit adenoiden Vegetationen, die unter sehr ausgesprochener Nasenverstopfung litten, fand sich in 5 Fällen eine Herzhypertrophie, in 3 Fällen Dilatation oder Hypertrophie des rechten Herzens. Es besteht also eine deutliche Beziehung zwischen Herzhypertrophieen beim Erwachsenen und Nasenverstopfung.

Lombard: Ueber die Indicationen zur Operation bei einigen klinischen und anatomischen Formen von Stirnhöhlenempyem.

Klinisch rechtfertigt sich eine Operation des Stirnhöhlenempyems unter drei Umständen: 1. Acutes, schweres Empyem mit Retention; 2. chronisches Empyem und zwar a) complicirt mit Erscheinungen seitens des Gehirns oder der Augen; b) nach aussen durchgebrochen, zur Fistelbildung führend; c) nicht nach aussen sich manifestirend, latent oder exacerbirend.

1. Bei der schweren acuten Form ist die Ogston-Luc'sche Operation angezeigt.

2. Bei der chronischen sub a) bezeichneten Form mit Complicationen seitens des Auges und der Orbita können die einen ohne Resection der knöchernen Sinuswand verschwinden, andere lassen eine Fistel zurück.

Bei b) den Fällen, wo es bereits zur Fistelbildung gekommen ist, müssen die Knochenherde, die die Fistel unterhalten, entfernt werden. Bei der Form c) kommt die Kuhnt'sche oder Killian'sche Operation in Betracht.

Saint-Clair Thomson (London): Stirnhöhlenempyem; zwei Todesfälle post operationem.

Der Tod erfolgte in beiden Fällen nach der Ogston-Luc'schen Operation.

Cester (Paris): Operation eines Stirnhöhlenempyems mit seltenen Complicationen.

C. berichtet über 2 Todesfälle an Meningitis in Folge Operation von Stirnhöhlenempyem; der Tod erfolgte erst mehrere Wochen nach dem chirurgischen Eingriff, als bereits eine erhebliche Besserung auf eine völlige Heilung hoffen liess. Die Meningitis wird durch Dissemination infectiöser Keime in Folge der Eröffnung der Blut- und Lymphwege erklärt

Luc: Der Zugangsweg zum Sinus cavernosus.

Aus anatomischen Untersuchungen des Verf. ergiebt sich, dass es am leichtesten gelingt den Sinus cavernosus zu eröffnen, wenn man durch die Oberkieferhöhle und die Nasenhöhle der entgegengesetzten Seite vorgeht. Unter diesen Umständen kann der Meissel senkrecht zur lateralen Wand der Keilbeinhöhle angesetzt werden, nach aussen, an der sich der Sinus cavernosus befindet. Man ver-

meidet so mit Sicherheit die zahlreichen, in der äusseren Wand des Sinus enthaltenen Nervenstämme, ebenso wie die Carotis. Im Fall die Phlebitis bereits die Vena ophthalmica ergriffen hat, räth L. zu einer Nebenoperation, die im Anschluss an eine Methode Kroenleins darin besteht, die äussere Orbitalwand nach vorausgegangener osteo-plastischer Resection des Backenknochens zu reseciren.

Moure (Bordeaux): Behandlung maligner Tumoren der hinteren Abschnitte der Nasenhöhlen und der Fungositäten in der Keilbeinhöhle.

Das Verfahren besteht darin, dass zunächst ein Schnitt vom inneren Augenwinkel bis zur Nasenwurzel und ein zweiter senkrecht zu ihm längs des Orbitalrandes angelegt wird, dann wird der Oberkieferknochen freigelegt und der Stirnfortsatz resecirt. M. schildert dann im Detail den Verlauf der Operation.

Ruault: Intratracheale Injectionen bei Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

Folgendes Recept hat sich R. am wirksamsten erwiesen;

Acid. cinnamom. 1,0 werden in der Wärme in 50 g Ol. olivar. aufgelöst, die mit Alkohol ausgewaschen und sterilisirt sind; darauf wird sofort 5 g Myrrhenessenz zugefügt und Ol. olivar. sterilisirt, hinzugesetzt q. s. ad 100 ccm. Dann umschütteln und kalt werden lassen.

Von dieser Lösung werden täglich oder alle zwei Tage 10 ccm mittels einer Spritze mit langer Canüle injicirt. Diese Injection beruhigt den Husten, erleichtert die Respiration und giebt dem Pat. ein ständiges Gefühl von Wohlbefinden.

Ponthière (Charleroi): Chondritis und Perichondritis crico-thyreo-arytaenoidea als Complication von Typhus; schwere Stenose; Tracheotomie; Heilung.

Pat. wurde geheilt; es blieb eine gewisse Rauhigkeit der Sprache zurück in Folge einer partiellen Anchylose des rechten Aryknorpelgelenks.

Tretrop (Avers): Sechs Fälle von abgekapseltem Abscess des Lobulus nasi:

Die Symptome bestehen in Röthung, Schwellung, Schmerz und mässigem Fieber. Es dauert gewöhnlich 8 Tage, bis sich der Abscess entwickelt. Im Eiter finden sich Staphylokokken. In allen Fällen erfolgte Heilung nachdem der Abscess im vorderen Winkel des Vestibulum incidirt wurde.

Claoué (Bordeaux): Beitrag zur Behandlung der Septumdeviationen durch submucöse Resectionen.

Zur Anästhesie bevorzugt C. die Injection einer Mischung von Cocain und Adrenalin. Die Incision wird auf der convexen Seite gemacht; sie verläuft vertical und ihre Enden sind nach hinten gebogen. Nach Ablösung von Schleimhaut und Perichondrium resecirt er den Knorpel mit einem Septotom. Naht ist unnöthig.

Collet: Eine unvorhergesehene Complication der Galvanokaustik im Pharynx.

Es handelt sich um einen alten Mann, der jetzt, nachdem er zwei hemiplegische Anfälle gehabt hat, eine glosso-labiale Lähmung centralen Ursprungs zeigt. Der erste Anfall trat am Abend eines Tages auf, an dem eine Galvanokaustik im Rachen gemacht worden war: der zweite Anfall erfolgte sechs Monate später am Morgen, nachdem eine gleiche Cauterisation gemacht war. Ein Jahr darauf trat bei dem Pat. Hemianopsie auf. Wahrscheinlich handelt es sich um Thrombose einer Hirnarterie, deren Ursache die Galvanokaustik gewesen ist.

Labarrière: Sarkom des Larynx. Totalexstirpation des Larynx.

Die Folgen der Operation sind ausgezeichnet. Nach Verlauf von 3 Wochen konnte die Oesophagussonde weggelassen werden und Pat. ass auch feste Speisen anstandslos. Er spricht mit vernehmlicher Flüsterstimme.

Ponthière: Fremdkörper der Nasenhöhlen: 1. Caoutchoucröhre nach 26 Jahren extrahirt. 2. Caoutchoucröhre nach 7 Jahren extrahirt.

Massier: Zwei Fälle von syphilitischen Kehlkopftumoren, die eine Neubildung vortäuschen.

Bei beiden Patienten bestand Dyspnoe und Heiserkeit. Im ersten Fall war das Taschenband Sitz eines grossen Tumors; im zweiten Fall sass die grosse Geschwulst an einem Stiel am linken Aryknorpel auf und verlegte den Larynx völlig. In diesem Fall verschwand der Tumor unter spezifischer Behandlung in einem Monat.

Trivas (Nevers).

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1905.

Bruck stellt eine Patientin vor, bei der jedesmal, wenn sie Jodkali nimmt, eine einseitige Parotitis auftritt, die mit Aussetzen des Medikaments wieder schwindet.

Finder stellt einen 30jährigen Mann mit einer hysterischen Sprachstörung vor. Auf die einfachsten Fragen, auch wenn er sie nur mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten hat, kann er 10—20 Sekunden lang die Antwort nicht aussprechen, bis sie dann plötzlich, gleichsam explosiv, ohne jede sprachliche Schwierigkeit, ohne Stottern u. s. w. erfolgt. Während dieser Pause nimmt der Blick des Pat. einen starren Ausdruck an und die Nasalflügelmuskeln arbeiten lebhaft. In derselben Weise antwortet er auf die Aufforderung, vorgehaltene Gegenstände zu benennen oder Worte auszusprechen. Bisweilen sagt er auch nach längerem Zuwarten: „Es geht nicht.“ Lesen kann er ohne Stocken, nur am Anfang der Sätze zögert er etwas. Nach Dictat schreibt er anstandslos und richtig, schreibt auch auf Aufforderung seinen Namen u. s. w. sofort nieder. Diese Sprachstörung trat ganz plötzlich ein und bestand vor Jahren schon einmal einige Monate lang und schwand allmählich.

Grabower zeigt das Präparat eines grauweissen Stimmbandtumors; das Stimmband selbst war bis auf eine geringe Rötung der Umgebung nicht verändert; der Larynx zeigte keine Zeichen von Tuberculose. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Tuberculom (Tuberkel mit Riesenzellen und Bacillen).

An der einen Lungenspitze zeigten sich geringe Veränderungen. 3 Wochen später bildete sich an der Hinterwand des Kehlkopfes ein kleines Infiltrat.

E. Meyer: Rhinolaryngologische Beobachtungen gelegentlich der Genickstarreepidemie in Oberschlesien.

Auf Grund der klinischen und bacteriellen Befunde kommt M. zu dem Resultat, dass die Nase als Infectionspforte nicht in Betracht kommt.

Unter 32 frischen Fällen von Genickstarre waren 6 nicht untersuchbar, bei 5 war der Nasenrachen frei, bei 21 fanden sich ausgesprochene entzündliche Veränderungen im Nasenrachen, 11 mal in Form einer diffusen, 1 mal als fleckförmige Röthung, 7 mal als Röthung des Rachendachs, besonders der Rachentonsille, 2 mal als Blutungen aus der Schleimhaut. Drei Sectionen bei frischen Fällen bestätigten diese Befunde.

In einem Falle konnten entzündliche Erscheinungen im Nasenrachen vor dem Eintritt der meningitischen Symptome nachgewiesen werden. Die Möglichkeit der Infection von der Rachenmandel aus wird hierdurch grösser, die Möglichkeit aber, dass die Keime durch Blut oder Lymphe dorthin geschleppt werden und sich von dort weiter verbreiten, ist natürlich auch vorhanden.

Da die Nasennebenhöhlen, besonders die Keilbeinhöhlen fast immer frei gefunden wurden, letztere bei den sehr zahlreich erkrankten kleinen Kindern noch gar nicht vorhanden ist, so nimmt M. die Blut- oder Lymphbahnen für das Fortwandern der Infection auf die Meningen in Anspruch.

Erkrankungen des Mundrachens wurden zwar auch festgestellt, aber meistens in einer Form, welche dieselben mehr als Begleiterscheinungen der gleichzeitigen Nasenrachenerkrankungen erscheinen liessen.

Die Frage, ob die „individuelle Disposition“ für die Cerebralmeningitis mit der Beschaffenheit der Rachentonsille in Verbindung steht, suchte M. durch Vergleich der Beschaffenheit des Nasenrachens von 100 Erkrankten und 7 Genesenen mit den von 23 gesund gebliebenen Geschwistern von Erkrankten, von 70 gesund gebliebenen Kindern, die mit Kranken in einem Hause gewohnt hatten und von 52 Kindern aus einem nicht inficirten Ort, der Entscheidung näher zu bringen. Der Vergleich der Untersuchungsresultate ergibt ca. 6 pCt. weniger normale Nasenrachen bei den Erkrankten als bei den Gesunden.

Zum Schluss weist M. auf die Uebertragung der Meningitis durch Gesunde und durch abortive Erkrankungsfälle hin.

Er warnt vor lokaltherapeutischen Eingriffen, legt aber andernfalls grossen Werth auf prophylaktische Maassnahmen einerseits in der epidemiefreien Zeit durch Behandlung der Rachenorgane, andererseits während der Epidemie durch Reinlichkeit und Gurgelungen.

Sitzung vom 1. December 1905.

Gutzmann stellt 2 Patienten mit näselnder Sprache vor, deren Ursache in einer dreieckigen, am hinteren Ende des Palatum durum befindlichen Knochenspalte und der dadurch bedingten Verkürzung des Gaumensegels zu suchen ist.

Schötz zeigt einen Patienten mit bohnen- bis erbsengrossen, rundlichen, flachen, scharfrandigen, weissen Flecken auf der Zunge und einem Netzwerk weisser Fäden an der Wangenschleimhaut; er hält die Affection für Lichen ruber planus.

Lennhoff stellt eine Patientin mit primärer Tuberculose des Zahnfleisches vor.

E. Meyer demonstrirt 1. das Präparat einer syphilitischen Stenose des Pharynx und Larynx; dieselbe zeigt 3 Etagen: die erste liegt zwischen Zungengrund und hinterer Rachenwand, die zweite ca. 2 cm tiefer und die dritte betrifft den Larynx; das vordere Drittel der Stimmbänder ist verwachsen. 2. stellt er eine Patientin vor, bei der im Hypopharynx eine vom Zungengrund zur hinteren Rachenwand verlaufende specifische Narbe sichtbar ist.

M. Senator: Ueber Schleimhautlupus der oberen Luftwege.

Es ist vorwiegend eine Krankheit des jüngeren Lebensalters und des in niederer, socialer Lage lebenden weiblichen Geschlechts.

Weitaus die grösste Mehrzahl der Epidermislupusfälle — nur selche hat S. untersucht — zeigt auch die Schleimhäute befallen. Zwischen der Stärke resp. der Ausbreitung des Haut- und Schleimhautlupus finden sich auffallende Verschiedenheiten, ebenso zwischen den Affectionen der beiden Seiten, so dass also der Lupus oft primär auf der Schleimhaut beginnt und zwar auch einseitig.

Der Uebertritt von aussen nach innen oder umgekehrt geht einmal per continuum vor sich, dann durch Blut- und Lymphmetastasen und durch Infection mittelst des Fingers.

Das Alter der Affection bedingt nicht durchweg eine grosse Ausdehnung auf den Schleimhäuten.

Introitus nasi und Vestibulum waren meistens befallen und wiesen Defecte und Missbildungen auf; das Septum cutaneum ist nicht so häufig afficirt, kann eventuell durch Narbenbildung Falken- oder Papageiennase verursachen. Am häufigsten ist das knorplige Septum befallen; es kann, wenn auch nicht oft, zur Perforation kommen.

Von den Muscheln erkrankt die untere recht oft und wird vielfach zerstört und verändert gefunden, während die mittlere selten betroffen wird.

Auf den Lupus der übrigen Schleimhäute übergehend, bemerkt S., dass er in seinem Material wenig vertreten war.

Der Lupus kann zu Allgemeininfectionen führen und ergreift nicht selten die Lungen, zwar in wenig hervortretender und ungefährlicher Form; andererseits kamen auch acute resp. maligne verlaufende Lungenaffectionen zur Beobachtung, sowie eine Halswirbelerkrankung.

Die Diagnose macht selten Schwierigkeiten, besonders, wenn gleichzeitig

Hautlupus besteht; die subjectiven Symptome sind nicht charakteristisch und wenig belästigend.

Prognose quoad vitam ziemlich günstig, quoad sanationem schlecht. Für die Behandlung empfiehlt sich rücksichtslose Entfernung alles Krankhaften mit scharfen Instrumenten und beständige Controle bezüglich Recidiven.

Weniger zuverlässig, aber nicht unwirksam, ist die Anwendung der Milchsäure in Lösung von 50 pCt. und mehr.

E. Meyer kann die Verschiedenheit der Ausdehnung der Erkrankung auf beiden Seiten der Nase nach seinen Erfahrungen nicht als charakteristisch ansehen, da er häufiger eine gleichmässige, doppelseitige Erkrankung gesehen; Septumperforationen beobachtete er ziemlich häufig, auch Pharynxaffectionen sind nach ihm häufiger, ebenso die Erkrankung des Larynx, von der er einen primären Fall beobachtet hat. Der Process kriecht hier gewöhnlich continuirlich in die Tiefe: die Stimmbänder und die hintere Larynxwand bleiben meist verschont.

Heilung wird nur sehr selten erzielt; die neuerdings versuchte Electrolyse hat ihm auch keine besseren Resultate gegeben, als andere Methoden.

A. Rosenberg spricht sich ebenfalls gegen die Anschauung aus, dass die Verschiedenheit des Grades der Erkrankung beider Seiten für Lupus charakteristisch sei; er hat häufiger das Gegentheil gesehen und erst jüngst bei einer Patientin beiderseits am Septum gleichmässig grosse Lupome feststellen können. — Im Pharynx beobachtete er zweimal eine isolirte Seitenstrangerkrankung; im Larynx einen Fall von primärem Lupus. Dieser zeigte ihm, dass das Fortschreiten der Affection nicht immer continuirlich stattfindet, sondern auch auf seinem Wege Sprünge macht. In seinem Fall war die Epiglottis befallen, ein Taschenband nur sehr wenig, dagegen fand sich eine subglottische stenosirende Narbe. Stimmbänder und hintere Larynxwand sind besonders resistent.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Als Nachfolger unseres unvergesslichen Collegen Philipp Schech ist der Privatdocent Dr. Hans Neumayer zum ausserordentlichen Professor für Laryngolo-Rhinologie und zum Vorstand der laryngologischen Poliklinik an der Universität in München ernannt worden. (Wiener allgem. medicin. Zeitung.)

Die Zukunft der internationalen medicinischen Congresse und die Laryngologie.

In der am 5. Januar 1906 abgehaltenen Sitzung des Deutschen Reichscomité's für den XV. Internationalen Medicinischen Congress in Lissabon wurden folgende von Geh.-Rath Waldeyer und von Prof. Posner gestellte Anträge einstimmig angenommen:

Die Unterzeichneten beantragen:

Das Deutsche Reichscomité für den XV. Internationtlen Medicinischen Congress Lissabon wolle beschliessen, dem Organisationscomité des Congresses folgende Vorschläge mit der Bitte, sie während des Lissaboner Congresses zur Verhandlung zu stellen, zu unterbreiten:

I.

Es wird die Errichtung eines Internationalen Bureaus für die Allgemeinen Medicinischen Congresse beschlossen, welches in der Zeit zwischen deren Versammlungen in Kraft bleibt. Diesem Bureau gehören an: Die Vorstände des vergangenen und des zukünftigen Congresses sowie sämmtlicher für die Congresse gebildeten National-Comité's. Sitz des Bureaus ist Paris. Seine Aufgabe besteht darin, den Zusammenhang in der Thätigkeit der Congresse zu wahren, insbesondere bei der Aufstellung des Congress-Programms, soweit es sich um die Eintheilung in Sectionen, sowie um die Aufstellung geeigneter Verhandlungsgegenstände, um die Ernennung von Referenten, Ehrenpräsidenten u. s. w. handelt, mit dem Organisations-Comité gemeinsam zu wirken.

Motive.

Es hat sich das Bedürfniss geltend gemacht, eine Instanz zu schaffen, welche durch ihren internationalen Charakter befähigt ist, Meinungsverschiedenheiten zwischen dem jeweiligen Organisationscomité und den Vertretern von speciellen Wissensgebieten in den einzelnen Ländern vorzubeugen oder solche zu schlichten. Gleichzeitig würde durch das Bestehen einer solchen Central-Instanz eine gemeinschaftliche Regelung des Verhältnisses der grossen allgemeinen Congresse zu den internationalen Speciel-Congressen und den medicinischen Versammlungen der einzelnen Ländern ermöglicht werden.

II.

Die Allgemeinen Internationalen Medicinischen Congresse sollen in Zukunft nicht, wie bisher, alle drei, sondern alle fünf Jahre abgehalten werden.

Motive.

Es wird allseitig anerkannt, dass die Internationalen Congresse in den letzten Jahren an Bedeutung eingebüsst haben. Dies liegt insbesondere an ihrer zu raschen Aufeinanderfolge; bei seltenerem Stattfinden würde voraussichtlich nicht nur die Vorbereitung eine sorgsamere werden, sondern es würden sich auch mehr Kräfte an der Lösung ihrer wissenschaftlichen Aufgaben betheiligen, welche jetzt durch ihre zu häufige Inanspruchnahme für ähnliche Veranstaltungen das Interesse verloren haben. Ausserdem würden bei seltenerem Stattfinden sich die geeigneten Orte leichter ausfindig machen lassen.

Die Unterzeichneten beantragen weiter:

Das Deutsche Reichscomité wolle, im Falle der Zustimmung zu den obigen Anträgen, sämmtlichen übrigen National-Comités davon Kenntniss geben, mit der Bitte, gleichsinnige Beschlüsse zu fassen, sowie ausserdem schon jetzt die geeigneten Schritte zu thun, um festzustellen, in welchem Lande, bezw. in welcher Stadt die Abhaltung des nächsten Congresses erwünscht sei.

Waldeyer. C. Posner.

Sollten, wie dies zu hoffen steht, diese Anträge die Billigung auch der anderen Nationalcomité's finden und in Lissabon zur Annahme gelangen, so würde dadurch die Atmosphäre, was die Zukunft internationaler laryngologischer Zusammenkünfte anbetrifft, in erfreulicher Weise geklärt werden. Ist uns einmal eine würdige Stellung bei den allgemeinen internationalen Zusammenkünften — die ja nunmehr viel seltener werden sollen als bisher — gesichert, so wird nichts dagegen einzuwenden sein, dass in der Zwischenzeit ausserdem periodisch specielle internationale laryngo-rhinologische Vereinigungen tagen. Wie dies zu Stande zu bringen ist, ohne die allgemeinen internationalen Congresse zu schädigen, resp. mit denselben zu collidiren, muss weiteren Besprechungen der Interessenten vorbehalten bleiben. Jedenfalls aber bedeuten die Waldeyer-Posner'schen Anträge eine grosse Verbesserung der jetzt bestehenden Zustände.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, März. 1906. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **H. Gutzmann. Zur Frage der gegenseitigen Beziehungen zwischen Bauch- und Brustathmung.** *Verhandl. des XX. Congresses f. innere Med. S. 508.*

Die Untersuchungen G.'s fanden statt mittelst eines Gürtelpneumographen, bei dem die Feststellung des In- und Exspirationsstromes so bewerkstelligt wurde, dass in die eine Nasenhälfte der Versuchsperson ein dünnes Kautschukrohr eingeführt wurde, in dessen seitliche Wandung ein Loch geschnitten wurde. Die Respirationscurve giebt in Folge dessen nur den Inspirations- bezw. Exspirationsbeginn wieder, da der Schreibhebel bei der Luftundichtheit nach der Excursion das Bemühen hat, wieder auf den Nullpunkt zurückzufallen bezw. emporzusteigen. Die Curven wurden aufgenommen an gesunden Menschen, solchen, welche an Sprachstörungen litten, die von mangelnder motorischer Innervation abhängen, endlich an psychisch Alterirten.

Bei Normalen findet die Sprechathmung nur durch den Mund statt; das gleiche wird beobachtet bei der Schreiathmung des neugeborenen Kindes. Beim natürlichen Gesange wird nur oder vorwiegend durch den Mund geathmet. In der Ruheathmung herrscht bei Normalen kein grosser Unterschied in Bezug auf die Prävalenz der beiden Athmungstypen. Die willkürliche Beeinflussung der Athmung durch den Sprachvorgang verleiht dagegen der thoracalen Athmungsbewegung das Uebergewicht über die Abdominalbewegung.

Bei Sprachgestörten wie cortical motorisch Aphasischen, Stotterern prävalirt offenbar die costale Athmung nicht genügend; therapeutisch muss demnach die costale Athmung verstärkt und durch Uebung mehr zum Bewusstsein gebracht werden.

J. KATZENSTEIN.

2) **J. J. Richardson. Husten in Folge ausserhalb der Lungen gelegener Ursachen. (Cough due to causes outside the lungs.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 23. September 1905.*

Verf. zählt die Ursachen für den reflectorischen Husten auf; er erwähnt Fälle von solchem in Folge Uvula oblongata, Papillom der Uvula, Nasenpolypen, Hyper-

ästhesie der hinteren Enden der unteren Muscheln, Hyperplasie der Zungentonsille.

EMIL MAYER.

3) **Pieniazek. Grundriss der Krankheiten der Nase, des Halses, Larynx und der Trachea. (Choroby jamy nosowej, jamy ustnej gardla, krtani i tchawicy.)** *Krakau 1905.*

Im Handbuche der Inneren Medicin, herausgegeben von Prof. Jaworski in Krakau zum Gebrauch für Studirende und Aerzte, hat Prof. Pieniazek einen kurzen Abschnitt über Krankheiten des oberen Respirationstractus bearbeitet; obwohl der Raum, über welchen er disponirte (73 Seiten), ausserordentlich knapp war, gelang es dem Verf. doch, einen kurzen aber sehr übersichtlichen und genauen Grundriss der genannten Krankheiten zusammenzustellen, in welchem die allerwichtigsten Störungen in einer für den Praktiker klaren Darstellung erörtert sind.

A. v. SOKOLOWSKI.

4) **de Merveilleux** (Neuchâtel). **Häufigkeit und Vertheilung des Sarkoms in der Schweiz von 1892—1901.** *Dissertation. Bern 1905.*

Unter 1321 Fällen waren 15 im Mund und Rachen localisirt; des Kehlkopfes ist keine Erwähnung zu finden. Die wichtigsten Ergebnisse sind: 1. Das Sarkom tritt, gegenüber der gewöhnlichen Annahme, häufiger bei jüngeren Erwachsenen und älteren Leuten als bei Kindern auf. 2. Die Localisation des Sarkoms ist von derjenigen des Carcinoms ganz verschieden. 3. Bei Städtern ist das Sarkom häufiger als bei Landleuten. 4. Männer liefern 55 pCt., Weiber 45 pCt. der Fälle. 5. In der Schweiz ist das Carcinom 35 mal häufiger als das Sarkom.

G. JONQUIÈRE.

5) **J. H. Halstead. Angioneurotisches Oedem der oberen Athmungswege. (Angioneuretic edema of the upper respiratory tract.)** *American Journal of Medical Science. November 1905.*

Drei Fälle werden mitgetheilt. In 2 Fällen begann die Urticaria an anderen Körperstellen und endete schliesslich im Pharynx; im dritten beschränkte sie sich ausschliesslich auf diesen. Es wurde local Adrenalin und Cocain angewandt resp. Scarificationen gemacht.

EMIL MAYER.

6) **C. Reuter** (Budapest). **Ein seltenes Degenerations-Symptom.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1905.*

Es handelt sich um den accidentellen Befund von Halsrippen bei einem 17 Jahre alten geisteskranken Manne. Die Rippen gingen symmetrisch aus den VI. und VII. Halswirbeln hervor.

v. NAVRATIL-POLYAK.

7) **Broeckaert. Beitrag zum Studium der Pathogenese seröser Halscysten. (Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux du cou.)** *La Belgique Méd. No. 40. 1905.*

B. hat ein Kind von 3 Monaten an einem voluminösen Tumor operirt, der die ganze vordere seitliche Halsgegend bis zum Nacken einnahm; derselbe war von normaler schlaffer Haut bedeckt, gelappt, resistent und irreductibel, erlitt aber

beim Weinen des Kindes eine Volumenszunahme. Die Explorativpunction ergab eine seröse fadenziehende Flüssigkeit. Das rasche Wachsthum und die dyspnoëtischen Störungen veranlassten B., eine möglichst vollständige Exstirpation vorzunehmen, wie sie Kocher bei voluminösen Kröpfen empfiehlt. Der Tumor liess sich dabei bis hinter das Manubrium verfolgen; dabei kam es zu einer leichten Lungenhernie, welche sich aber leicht reduciren und mit einer Pelotte zurückhalten liess. Es handelte sich um eine congenitale multiloculäre seröse Cyste, deren zahlreiche Cystenhöhlen mit einem stratificirten Plattenepithel austapezirt waren.

Was die Pathogenie der Cyste anbelangt, so glaubt B. sie mit der Art der Entwicklung der Thymus in Zusammenhang bringen zu können, hauptsächlich mit der craniellen Portion dieses embryonalen Organs, welches sich durch Knospung des ventralen Epitheliums der 3. Kiemenspalte bildet. BAYER.

8) **S. Distefano. Ueber die Leichenveränderungen der Gewebsbestandtheile der Thymus. (Sulle alterazioni cadaveriche degli elementi del timo.)** *Riforma med. No. 40. p. 1131. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

9) **A. Goodall. Die cadaverösen Veränderungen an der Thymus der Meerschweinchen und die Wirkung der Castration auf die Structur der Thymus. (The post-mortal changes in the thymus of guinea-pigs and the effect of castration on thymus structur.)** *Journal of Physiol. XXXII. 2. p. 191.*

Die Thymus neugeborener Meerschweinchen besteht aus Läppchen adenoiden Gewebes; die Läppchen enthalten desquamirte Epithelzellen. Letztere sind mit Leukocyten besetzt, sind durch Leukocyteneinwanderung von dem Mutterboden abgetrennt, degeneriren deshalb schnell und bilden die Hassal'schen Körperchen, die einfach oder geschichtet erscheinen, je nachdem eine oder mehrere Epithelmassen abgelöst sind. Die zusammengesetzten Hassal'schen Körperchen sind oft an ihrer Peripherie mit Epithelschichten umgeben, die mit dem lymphoiden Netzwerk in Verbindung bleiben und deshalb nicht degeneriren. Mit zunehmendem Alter werden die Hassal'schen Körperchen kleiner und verschwinden, das lymphoide Gewebe vermindert sich und wird durch Fett ersetzt. Die Castration hat neben einem verlängerten Wachsthum und einer verzögerten Atrophie der Thymus auch eine Verzögerung in der Fettbildung und in der Auflösung der Hassal'schen Körperchen zur Folge. J. KATZENSTEIN.

10) **J. A. Hammer. Zur Histogenese und Involution der Thymusdrüse.** *Anat. Anzeiger. XXVII. 2. S. 23. 2. S. 41.*

Das Thymusgewebe stellt sich als der eigentlich stabile und in morphologischer Hinsicht wichtigste Theil des Thymusparenchyms dar. Durch directe Umwandlung der epithelialen Thymusanlage entstanden, zeigen seine Zellen fast während des ganzen Bestehens des Organs normal sowohl de- als regenerative Veränderungen; dieser normalen Degeneration geht in der Regel eine Hypertrophie vielfach wechselnder Art voraus. Die Reticulumzellen sind der letzte Theil des eigentlichen Parenchyms, der bei dessen Involution schwindet. Die Thymuslymphocyten ungewisser Herkunft vermehren sich auch unter normalen Verhältnissen

im Organismus, sind aber sehr labile Bestandtheile desselben. Normaler Weise erst im höheren Alter, auf jeder Altersstufe aber bei herabgesetzter Körperernährung, verringert sich ihre Zahl bis zum völligen Schwinden, wodurch der ursprüngliche Zustand des Drüsenlobulus wieder hergestellt werden kann. J. KATZENSTEIN.

11) **W. Sinnhuber. Ueber die Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel.** *Zeitschr. f. klin. Med. LIV. S. 38.*

Bei thymectomirten jungen Hunden ist die Kalkausscheidung nicht vermehrt. Thymusfütterung bringt keine Steigerung der Kalkausfuhr hervor. Bei Thyreoidinfütterung in grösseren Dosen tritt unter N-Verlust eine Steigerung der Kalkausscheidung ein. J. KATZENSTEIN.

12) **Fortescue-Brickdale** (Bristol). **Beobachtungen über die Thymusdrüse bei Kindern. (Observations on the thymus gland in children.)** *Lancet. London, 7. October 1905.*

Verf. theilt die Resultate der Untersuchungen mit, die in 50 Fällen nach aus verschiedenen Ursachen erfolgtem Tode angestellt wurden. Er theilt sein Thema folgendermaassen ein: 1. Das Gewicht der normalen Thymusdrüse. 2. Die bindegewebigen Veränderungen, die bei chronischen abzehrenden Krankheiten der Kinder vorkommen. 3. Bindegewebige Veränderungen bei acuten Krankheiten. 4. Hyperplasie der Thymus. 5. Gewisse mit der Pathologie der Thymus verknüpfte Punkte. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: Das Gewicht einer makroskopisch normalen Thymusdrüse bei einem Kinde unter einem Jahre beträgt weniger als $6^1/_2$ g. Bei Kindern mit Marasmus finden sich gewöhnlich bindegewebige Veränderungen an der Drüse. Aehnliche, jedoch nicht so constante Veränderungen finden sich bei Kindern mit secundärer Atrophie. Einfacher schlechter Ernährungszustand scheint keine Fibrosis zu bewirken; bei acuten Krankheiten kann sie, wenn allgemeiner Kräfteverfall vorhanden ist, eintreten. Hyperplasie resultirt aus Vergiftungen, wie bei Diphtherie. Eosinophile Zellen sind in solchen Drüsen zahlreich; selten findet man hyaline Degeneration in den Hassal'schen Körperchen. Fettige Degeneration ist häufig. JAMES DONELAN.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **J. W. Langelaan** (Leiden). **Die Entwickelung des Rhinencephalon beim Menschen in Beziehung zum Jacobson'schen Organ. (De ontwikkeling van het rhinencephalon bij den mensch in verband met het organ van Jacobsen.)** *Handelingern des X. Niederl. Natur- und Med. Congress. Arnhem 1905.*

Zusammen mit Ernst de Vries (Amsterdam) untersuchte Verf. einen menschlichen Embryo aus dem 2. Fötalmonat. Es zeigte sich u. A., dass das grosse „Ganglion olfactorium“ mit den eigentlichen Geruchsnerven in keinerlei Beziehung steht. Die aus diesem Ganglion austretenden Nervenfasern gehen sämmtlich zum Organon vomeronasale (Ruysch, Jacobson), während die centralen Fasern vom Ganglion an der lateralen Seite des Bulbus olfactorius selbstständig und von den Geruchsnerven getrennt ins Gehirn eintreten. Dieses Verhalten stempelt das

Jacobson'sche Organ zu einem eigenen Sinnesorgan mit vorläufig völlig unbekannter Function.

H. BURGER.

14) **J. M. Ingersoll. Eine Studie über die Entwickelung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (A study of the development of the nose and its accessory cavaties.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1904.*

Verf. hat einschlägige Untersuchungen an Fischen, Fröschen, Alligatoren, Vögeln, Hunden, Katzen, Wölfen, Füchsen, Meerschweinchen, einer Anzahl anderer Thierarten und beim Menschen angestellt.

Er fand, dass bei den Fischen das Geruchsorgan aus zwei sackartigen Gebilden besteht, von denen jedes nach aussen durch zwei Oeffnungen communicirt, wogegen die Nase nicht mit der Mundhöhle in Verbindung steht. Die Muscheln sind durch Vorsprünge der medianen Wand repräsentirt. Bei den Amphibien öffnet sich die Nasenhöhle nach dem Munde und wird ein Theil des Respirationstractus. Bei Reptilien theilen sich die Nasenhöhlen in olfactorische und respiratorische Regionen und die Muschelgebilde sind höher entwickelt. Der secundäre Gaumen trennt die hintere Nasenhöhle vom Munde, die Nasenhöhlen werden so verlängert und öffnen sich weiter nach hinten in den Nasopharynx. Bei den Vögeln complicirt sich der Bau der Nasenhöhle noch mehr und besonders die Siebbeinmuschel zeigt einen höheren Grad der Entwicklung.

Bei makrosmatischen Thieren (solchen mit stark entwickeltem Geruchssinn) zeigen die Muscheln ganz besonders complicirte gerollte Formen und stellen verwickelte, den grösseren Theil der Nasenhöhle einnehmende Labyrinthe dar. Die Nebenhöhlen enthalten gleichfalls olfactorische Muscheln.

Bei mikrosmatischen Thieren (solchen ohne starken Geruchssinn) zeigen die Muscheln Zeichen von Degeneration und eine verhältnissmässig einfache Structur. Die Nebenhöhlen enthalten wenig oder kein Muschelgewebe und ihre functionelle Thätigkeit ist verloren gegangen.

Beim Menschen sind die Nebenhöhlen rudimentäre Gebilde.

EMIL MAYER.

15) **J. M. André. Beitrag zum Studium der Lymphgefässe der Nase und der Nasenhöhlen. (Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

16) **M. Hajek. Beitrag zur Anatomie der Drüsen der Nasenschleimhaut.** *Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturforsch. u. Aerzte. 76. Versamml. Breslau. 2. Theil. 2. Hälfte. S. 354. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

17) **Gerber** (Königsberg). **Bemerkungen zur Diagnose des Skleroms nebst Mittheilung eines neuen ostpreussischen Falles.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 176.*

Beschreibung und Besprechung des Falles. Verf. fordert grössere Aufmerksamkeit für die Krankheit, von der jetzt schon etwa 600 Fälle bekannt sind.

F. KLEMPERER.



18) **O. Kahler** (Wien). **Zur Radiumbehandlung des Skleroms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 32. 1905.*

K. demonstrirte am 5. April 1905 in der Wiener laryngologischen Gesellschaft eine Patientin mit Sklerom der Nase, der Oberlippe und des Gaumens, bei welcher durch Radiumbestrahlung das äussere Sklerom erweichte und die Geschwüre sich vom Rande aus überhäuteten. Da sich diese Behandlungsart als zu langwierig erwies, wurde die Patientin der Radiotherapie zugeführt und schreitet die Heilung stetig vorwärts. K. regt an, dass man das Radium namentlich in Fällen von innerem Sklerom (Nase, Larynx) anwenden solle. Im Larynx könnte es zur Unterstützung der Tubagebehandlung wesentlich beitragen.

CHIARI-HANSZEL.

19) **M. Schein. Mittelst Röntgenstrahlen behandeltes Rhinosklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1905.*

Vor der Behandlung füllte eine haselnussgrosse Geschwulst das linke Vestibulum nasi aus; dieselbe hing mit dem Septum und dem Boden des Vestibulum zusammen. Im Rachen typisches Narbengewebe. 12 Sitzungen. Die beschriebene Geschwulst hat sich ganz resorbirt. Auf die tieferen Infiltrate hatte die Behandlung keinen Effect.

v. NAVRATIL.

20) **Freund** (Wien). **Rhinesklerom.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte, Sitzung vom 9. Juni 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Bericht über Heilung eines Rhinoskleromfalles mittelst Röntgenstrahlen. 4 Behandlungsserien, kleine Dosen, 23mal je 6 Minuten exponirt.

CHIARI-HANSZEL.

21) **H. v. Schrötter** (Wien). **Skleromausbreitung.** (Gesellsch. f. innere Medicin und Kinderheilkunde, Sitzung vom 25. Mai 1905.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1905.*

Demonstration von Karten, welche die Ausbreitung des Skleroms in Europa zeigen. Anregung zur Einführung der Anzeigepflicht für das Sklerom.

CHIARI-HANSZEL.

22) **L. B. Pilsbury. Rhinoplastik nach der Indischen Methode. (Rhinoplasty by the Indian method.)** *Western Medical Review. Mai 1904.*

Verlust der ganzen äusseren Nase; Syphilis schliesst Verf. wegen negativen mikroskopischen Befundes aus (!), giebt aber keine bestimmte Diagnose. Trotzdem Erysipel eintrat, gab die Ueberpflanzung eines Lappens aus der Stirn ein gutes Resultat.

EMIL MAYER.

23) **Jacques Joseph** (Berlin). **Weiteres über Nasenverkleinerung.** *Mit 6 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1905.*

Seine bisherige Methode der extranasalen Operation hat Joseph für viele Fälle in eine intranasale umgeändert, eine Methode, die „keine äussere Narbe hinterlässt“ und durch die „die Nasen trotz erheblicher Veränderung der Gestalt den Eindruck erwecken, als hätten sie von jeher so ausgesehen“. Diese Methode wandte Autor neben intranasalen Höckerabtragungen auch zu Verkürzungen von

Nasen an, ohne dass an der äusseren Haut Narben entstanden. Bezüglich Details und Technik muss auf das Original verwiesen werden, das durch eine Reihe photographischer Aufnahmen von Patienten vor und nach der Operation illustrirt ist.

HECHT.

24) **E. Heveri. Rhinoplastik.** *Orvosi Hetilap. No. 28. 1905.*

Beim Kranken bestand beinahe gänzliche Zerstörung des Knochen- und Knorpelgerüstes der Nase, sogar des Vomer, in Folge Lues. H. machte an beiden Seiten rhomboide Lappen aus der Haut des Gesichts, vernähte sie in der Mittellinie miteinander. Das Ganze bedeckte er mit einem Hautperiostknochenlappen aus der Stirne.

v. NAVRATIL.

25) **Digmann** (Kopenhagen). **Eine Rhinoplastik aus dem „alten" allgemeinen Hospital. (En Rhinoplastik fra „gamle" almindeligt Hospital.)** *Hospitals Tidende. S. 781. 23. August 1905.*

Verf. beschreibt einen selten hübschen Fall von totaler Rhinoplastik bei einer 75 jährigen Frau, die vor mehr als 50 Jahren von dem jetzt gestorbenen Professor S. E. Larsen wegen einer Deformität, bedingt durch ein destructives syphilitisches Leiden, operirt wurde.

Die Patientin wurde im Anfang dieses Jahres im Spitale wieder aufgenommen wegen eines Nierenleidens, und einige Photographien, die der Arbeit beigegeben sind, zeigen das schöne Operationsresultat.

E. SCHMIEGELOW.

26) **D. Balás. Fall von Rhinoplastik.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1905.*

Gänzlicher Defect der Nase mit freiem Einblick in den Nasenrachenraum; die Ursache desselben war ein seit 24 Jahren bestehendes Epithelialcarcinom, welches gegenwärtig als zerfallendes Geschwür den medialen Theil der Augenlider und des Gesichts einnimmt.

Plastischer Verschluss des Defectes mittelst eines Stirnhautlappens und Thiersch'scher Transplantation auf die entstandene Wundfläche und an Stelle des excidirten Carcinoms.

v. NAVRATIL.

27) **Cullen F. Welty. Transplantation von Knochen zur Behebung der Sattelnase. (Transplantation of bone for the relief of saddle-nose.)** *Journal American Medical Association. 11. November 1905.*

Verf. ist kein Freund der Paraffininjectionen; wenn sie überhaupt zur Anwendung kommen, soll man Paraffin von über 46° C. Schmelzpunkt wählen und sich einer Spritze mit einem Schraubenstempel bedienen, wo bei jeder Umdrehung eine bestimmte Quantität Paraffin eingespritzt wird. Verf. ist überzeugt, dass nur ein Theil der Unfälle nach Paraffininjectionen publicirt worden ist; er kennt in der Stadt, in der er wohnt, allein zwei Fälle, in dem einen erfolgte totale Erblindung, in dem anderen theilweise Erblindung auf dem einen Auge. Verf. räth in Folge dessen, plastische Operationen zu bevorzugen.

EMIL MAYER.

28) **Broeckaert. Nasenprothese mittels combinirter Wirkung einer autoplastischen Operation mit Paraffininjectionen. (Prothèse nasale par l'action d'une opération autoplastique et d'injection de paraffine.)** *Arch. intern. de Laryngologie. No. II. März-April 1905.*

Die vom Verf. zur Behebung von Nasendeformitäten in Folge narbiger Veränderungen angewandte Methode ist analog der für die Blepharoplastik gebrauchten; sie hat in zahlreichen Fällen sehr gute Resultate gegeben. E. J. MOURE.

29) **John O. Roe. Correction von Nasendeformitäten durch subcutane Operationen. Ein weiterer Beitrag. (Correction of nasal deformities by subcutaneous operation. A further contribution.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Eine Reihe von Photographien zeigt, welche Besserungen auch in ungünstigen Fällen erzielt werden können. Meist handelte es sich um traumatische, bisweilen auch um syphilitische Deformitäten. Auch wo als Resultat chronischer Reizzustände Exostosen vorhanden waren, konnten diese subcutan entfernt werden oder Theile von ihnen wurden dazu verwandt, um Defecte auszufüllen. Verf. beschreibt ausführlich eine Plastik, die in einem Falle gemacht wurde, wo in Folge eines Hufschlags die Nase nur noch auf der einen Seite an den verletzten Weichtheilen hing. Sie wurde abgeschnitten und eine neue Nase aus der Oberlippe mit gutem Resultat gebildet. LEFFERTS.

30) **E. v. Navratil** (Budapest). **Neueres operatives Verfahren zur Behebung von Synechien in der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 571. 1903.*

Das Verfahren, das in Spaltung der Nase und Excision der Synechien, darauf Transplantation Thiersch'scher Lappen (aus dem Oberschenkel) in die Nase besteht, führte in einem vom Verf. mitgetheilten Falle zur Heilung.

F. KLEMPERER.

31) **James J. Campbell. Die subcutanen Paraffininjectionen speciell zur Correction von Nasendeformitäten. (The subcutaneous injections of paraffine more particularly for the correction of nasal deformity.)** *Illinois Medical Journal. September 1904.*

Eine nichts Neues bringende Empfehlung der Paraffinprothesen.

EMIL MAYER.

32) **Tetens P. Hald** (Kopenhagen). **Ueber Paraffinprothesen. (Om Paraffinprotheser.)** *Hospitals Tidende. p. 244. 15. März 1905.*

Verf. hat 7 Fälle von Nasendeformität mit Paraffineinspritzungen behandelt und gute Resultate erzielt. Die besten Resultate wurden durch Paraffin erreicht, das bei 50° schmolz und mit Stein's Spritze kalt injicirt wurde.

E. SCHMIEGELOW.

33) **Sinding-Larsen** (Norwegen). **Paraffinplastik bei eingesunkener Nase. (Paraffinplastik ved indsunken näse.)** *Tidskr. f. d. Norske Laegeforening. 8. 1. Kristiania. 2. Januar 1905.*

Hat Stein's Paraffin-Vaselin-Mischung, die bei 41° C. schmilzt, gegen eine eingesunkene Nase bei einem 8jährigen Knaben mit ausgezeichnetem Resultat angewandt. E. SCHMIEGELOW.

34) **Onodi. Ueber Injectionen mit festem, kaltem Paraffin.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 52.*

Verf. gebraucht bei Deformitäten der Nase immer ein Paraffin zur Injection, welches bei 48° C. flüssig wird; er spritzt dasselbe im kalten, festen Zustande ein. Beschreibt eine Spritze zu diesen Injectionen. v. NAVRATIL.

35) **D. v. Navratil. Ueber den Werth der submucösen Paraffininjectionen bei Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 49.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten und Gefahren, welche bei Injection von flüssigem Paraffin bestanden und demonstrirt ein Instrument, welches es ermöglicht, das Paraffin in festem Zustande unter die Schleimhaut zu injiciren. Dasselbe ist von Broeckart in Paris construirt und von Lermoyez modificirt.

Verf. wandte das Verfahren in 7 Fällen an. Er spritzte das Paraffin an beiden Seiten unter die Schleimhaut der unteren und mittleren Muscheln, des Septum und des Nasenbodens ein.

In allen Fällen verschwand der üble Geruch vollständig.

Verf. hebt hervor, dass die Paraffininjectionen die Ozaena nicht heilen; da aber dieselben die Nasenhöhle verengern, ist die Entfernung des Secretes erleichtert, dasselbe trocknet nicht ein, bildet keine Krusten, welche in Folge Zersetzung den üblen Geruch verursachen. E. v. NAVRATIL.

36) **Broeckaert. Die Injectionen mit kaltem Paraffin. (Les injections à froid de paraffine.)** *La Belgique Méd. No. 8. 1905.*

Nach verschiedenen Versuchen gelang es B. endlich, ein Instrument für kalte Injectionen mit Paraffin herzustellen, welches er schon in ziemlich häufigen Fällen erproben konnte. Dasselbe besteht 1. aus einer Metallspritze mit Metallstempel und Cremaillère; 2. einer federnden Zange, welche den Stempel in Bewegung setzt. In die Spritze wird ein kleiner aseptischer Cylinder bei 45° schmelzbaren Paraffins eingeführt. Durch abwechselndes Oeffnen und Schliessen der Zange wird der Stempel in Bewegung gesetzt und das Paraffin präsentirt sich an der Nadelspitze in Form eines Bandes, welches sich leicht mit den Fingern modelliren lässt. Er beschreibt darauf seine Technik speciell für die Restauration atrophischer Muscheln und Herstellung künstlicher Nasenscheidenwandvorsprünge; sodann bespricht er die Folgen der Operation, welche, wenn gut ausgeführt, absolut inoffensiv ist. Während mit den früheren Methoden mit warmem Paraffin der Procentsatz an Phlebitiden ziemlich hoch war, macht die jetzige Verbesserung der Technik die Gefahren analoger Unfälle quasi unmöglich.

Bezüglich der Resultate habe er bereits derartige Erfolge erzielt, dass er die Ueberzeugung aussprechen könne, dass die Methode von Tag zu Tag neue Proselyten machen werde, um mit Erfolg die so hartnäckigen und rebellischen fötiden atrophischen Rhinitiden zu bekämpfen. Schliesslich bespricht er noch die äusserlichen Correctionen, besonders die Nasalprothesen, wofür er bei nahezu 50° schmelzbarem Paraffin den Vorzug giebt: zu diesem Zwecke wird die montirte Spritze in Wasser von der dem Schmelzpunkte des zu verwendenden Paraffins entsprechenden Temperatur einige Minuten getaucht, bis es so weich ist, dass man es als Paste wie das bei 45° schmelzbare Paraffin verwenden kann. B. sieht in der Paraffininjectionsmethode die eleganteste Acquisition der modernen Chirurgie und vielleicht auch fruchtbarste, wenigstens was ihre Application anbelangt. BAYER.

37) **G. Mahu** (Paris). **Behandlung der Ozaena mit Einspritzungen von festem Paraffin. (Traitement de l'ozène par les injections de paraffine solide.)** *Presse médicale. 1. Juli 1905.*

M. beschreibt einen neuen Apparat, den er in der Abtheilung von Lermoyez im Hospital St. Antoine angewandt hat.

Das Instrument, dessen Abbildung er giebt, hat genau die Form einer Pistole. Dieses Instrument wird mit cylindrischen Paraffinpatronen geladen. Die Injectionen werden in 8 tägigen Intervallen in das Septum, die Muschel und auf den Nasenboden gemacht. PAUL RAUGÉ.

38) **Samuel Iglauer. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis mittels einer oro-nasalen Canüle. (The treatment of atrophic rhinitis by means an oro-nasal-canula.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

Verf. hat die Vorstellung, dass der Mangel an Secretion bei der atrophischen Rhinitis einigermaassen ausgeglichen werden könne dadurch, dass man in die Nase Speichel hineinbringe und dass dieser einen therapeutischen Einfluss auf den atrophischen Process haben könne. Er will diesen Zweck erreichen durch Anlegung einer kleinen Anastomose zwischen Nasen- und Mundhöhle, mit anderen Worten einer kleinen künstlichen Gaumenspalte, in die eine Canüle eingelegt wird.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

39) **G. Retzius. Zur Kenntniss der Nervenendigungen in den Papillen der Zunge der Amphibien.** *Retzius' biol. Unters. N. F. Bd. 12. S. 61.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

40) **L. Drüner. Studium zur Anatomie der Zungenbein-, Kiemenbogen- und Kehlkopfmuskeln der Urodelen.** *Zool. Jahrb. Abtheil. f. Anat. u. Ontogenie der Thiere. Bd. 19. H. 3/4. S. 361—690.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.



41) **V. Delsaux. Zwei Fälle von anormaler Beweglichkeit der Zunge. (Deux cas de mobilité anormale de la langue.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belg. Rhinootolaryngolog. Gesellschaft vom 11. Juni 1904.

BAYER.

42) **Schourp** (Danzig). **Ein Fall von idiopathischen Schleimhautgeschwüren der Zunge.** *Dermat. Centralbl. 8. December 1905.*

32jähriger Patient mit Lingua geographica, die mit sehr schmerzhafter Spaltbildung an der Oberfläche der Zunge verbunden war. Jede Behandlungsart erwies sich als erfolglos.

SEIFERT.

43) **Sorrentino** (Ancona). **Ueber das umschriebene Lymphangiom der Zunge.** *Arch. f. Dermat. 76. Bd. 1905.*

Bei einem 10jährigen Knaben fand Sorrentino an der linken Hälfte der Zunge einen ovalen 4 cm langen und $2^1/_2$ cm breiten Tumor von blassrother Farbe. Die Oberfläche des Tumors bestand aus vielen angehäuften kleinen hemisphärischen, punkt-, linsen- oder miliariaförmigen, aneinander gepressten und sich berührenden Erhabenheiten, die dem Tumor das Aussehen des Seifenschaumes verliehen. Durch Compression konnte der Tumor grösstentheils reducirt werden. Entfernung des Tumors mit der galvanischen Schlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphangiom.

SEIFERT.

44) **Boissonas** (Schweiz). **Zur Casuistik der Zungenkrebse.** *Dissertation. Bern 1905.*

Die Arbeit berichtet über 77 Fälle der Kocher'schen Klinik. Ueberlebende 55. Recidive 38. Viele Todesfälle durch Pneumonie, welche zum grössten Theil durch schlechte Heizregulationsvorrichtungen des Spitals verursacht worden seien (!). Die häufigsten Recidive traten in den Lymphdrüsen auf, weshalb die primäre Entfernung aller Lymphdrüsen der Umgegend zu empfehlen ist. Metastasen kamen meist in den Lymphdrüsen der Umgegend vor; einige Male in den Lungen, einmal in Gehirn, Leber, Pleura, Mediastinaldrüsen. 11 Patienten (15,2 pCt.) blieben recidivfrei. 21 Patienten starben 3—7 Jahre nach der Operation an anderen Krankheiten. Sämmtliche Kranken- und Operationsgeschichten sind genau mitgetheilt. Da den Halsärzten nicht selten Frühstadien von Zungenkrebs zu Gesichte kommen, so sei diese zuverlässige Arbeit zum Durchlesen empfohlen.

JONQUIÈRE.

45) **Duchesne. Die Zungentonsille. (L'amygdale linguale.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. de Liège. No. 1. 1905.*

D. giebt zuerst nach Escat eine Beschreibung der Zungentonsille beim Kinde, welche sich gegen das 14. Lebensjahr zurückzubilden pflege und atrophire, obgleich diese Ansicht nicht allgemein getheilt werde, da die Zungenmandel beim Erwachsenen mit dem gleichen Charakter, wie beim Kind, häufig genug persistire. Sodann bespricht er ihre Function; man schrieb ihr eine phagocytäre Rolle zu und betrachtete sie als ein Organ der Abwehr gegen das Eindringen von Mikroben in den Organismus; gegenwärtig aber ist man im Gegentheil geneigt, in ihr eher eine

Eingangspforte für die Mikroben zu erblicken, wie für den Rheumatismus und die Tuberculose nachgewiesen worden. Bezüglich der Pathologie weiche die Zungenmandel nicht von der der anderen Mandel ab: sie wird zum Sitz katarrhalischer Entzündungen bei gewissen Allgemeinkrankheiten (Scharlach, Masern, Grippe u.s.w.); kann der selbstständige Sitz einer acuten katarrhalischen Amygdalitis werden, ebenso wie der einer Phlegmone (phlegmonöse Amygdalitis und Periamygdalitis), zu Abscessbildung führen, meist unilateral, weil das Lig. glossoepiglott. der Fortpflanzung derselben auf die andere Seite im Wege steht. Ferner kann sie der Sitz einer Ang. herpet. et follicul. werden; die Syphilis kann sie in allen ihren Perioden befallen. Eine der häufigsten Affectionen der Zungenmandel bildet die Hypertrophie derselben, besonders beim Erwachsenen, im Gegensatz zu den anderen Mandeln, welche meist bei Kindern hypertrophiren; nachdem der Autor die Symptomatik dieser Affection näher besprochen, geht er auf die Behandlung — innerliche und operative — über.

Ziemlich häufig trifft man an der Zungenmandel ausgebildete Varicen, welche zu den gleichen Störungen wie die Hypertrophie Veranlassung geben und deren Hämorrhagien leicht diagnostische Irrthümer herbeiführen können, ihre Behandlung besteht in deren Zerstörung durch Cauterisation.

Die Mycosis leptothricica schlägt ferner häufig ihren Sitz in ihr auf, während die Tuberculose sie selten primär befällt; gewöhnlich ist sie die Folge von Lungen- oder Kehlkopftuberculose.

BAYER.

46) J. W. Carr. **Ein Fall von primärer eitriger Parotitis. (A case of primary suppurative Parotitis.)** *Lancet. 16. September 1905.*

Es handelt sich um einen 79 Jahre alten, an Gicht leidenden Mann. Nach einer ungewöhnlichen Anstrengung entstand auf der linken Gesichtsseite eine Schwellung, die allmälig zunahm; Pat. wurde halb comatös. Temperatur 38,3°; im Urin etwas Eiweiss. Der Tumor zeigte etwas Fluctuation. Einige Tage lang trat eine geringe Besserung ein, dann Temperatursteigerung auf 39° und Rasseln über dem Unterlappen der linken Lunge. Bei einer Incision, die in die Geschwulst gemacht wurde, fand sich die ganze Drüse mit Eiter erfüllt und infiltrirt. Temperatursteigerung auf 41° und Exitus.

ADOLPH BRONNER.

47) R. Bucknall. **Die Pathologie und Prophylaxe der secundären Parotitis. (The pathology and prevention of secondary Parotitis.)** *Lancet. 21. October 1905.*

Vortrag, gehalten vor der Royal Medical and Chirurgical Society 24. October 1904.

ADOLPH BRONNER.

48) R. D. Black. **Hämorrhagischer Typhus mit typhöser Parotitis. Heilung. (Hemorrhagic typhoid with typhoid Parotitis. Recovery.)** *American Medicine 14. October 1905.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.



49) **Eduard Bowe. Parotitis nach Blinddarmexstirpation. (Parotitis following appendectemy.)** *Annals of Surgery. November 1905.*

Zwei Fälle werden mitgetheilt: Verf. nimmt an, dass eine secundäre Infection auf dem Blutwege erfolgt sei.

EMIL MAYER.

50) **G. B. Wood. Lymphdrainage der Gaumentonsille. (Lymph drainage of the faucial tonsil.)** *American Journal of Medical Science. August 1905.*

Das Schicksal der Mikroorganismen, die in das Parenchym der Tonsille eingedrungen sind, hängt von zwei Factoren ab: erstens der pathogenen Fähigkeit des Mikroorganismus und zweitens der vitalen Resistenz, die von dem Gewebe der Invasion entgegengesetzt wird. Wenn ein nicht-pathogener Keim in eine Crypte eindringt, so wird er wahrscheinlich durch die Phagocytose auswandernder polymorpho-nucleärer Leukocyten vernichtet. Wenn jedoch die Vitalität des Keimes gross genug ist, so bleibt er am Leben und dringt durch das Epithel in das interfolliculäre Gewebe ein.

Es ist durch gründliche Untersuchungen festgestellt worden, dass Fremdkörper, die in die Crypten gebracht waren, in das interfolliculäre Gewebe eindringen können. Diese Resorption hängt wahrscheinlich von zwei Momenten ab: erstens der Thätigkeit der Halsmuskeln während ihrer verschiedenen physiologischen Bewegungen und zweitens dem Vorhandensein eines Lymphstroms in der Tonsille. Der M. palatoglossus und palatopharyngeus comprimiren während des Schluckactes die Tonsille und befördern die central gelegenen beweglichen Körper nach der Peripherie zu. Wenn der Fremdkörper auf dem Grunde der Crypte angelangt ist, wird er in der Richtung nach aussen zu gestossen, und wenn er an dem Epithel kein Hinderniss findet, so dringt er in das Parenchym ein. Der zweite Factor bei der Resorption von Fremdkörpern aus den Crypten ist die constante Production von Lymphzellen in den Follikeln. Das interfolliculäre Gewebe besteht aus einem feinen Bindegewebsnetz mit zahlreichen eingestreuten Lymphzellen. Diese Lymphzellen befinden sich in ständiger Bewegung von den Follikeln nach der Richtung des geringsten Widerstandes. Ist die epitheliale Schranke in Folge Zellmetamorphose so geschwächt, dass die Crypte in der Richtung des geringsten Widerstandes liegt, so brechen die Lymphzellen hindurch und gelangen in die Crypte, häufiger jedoch gehen die Lymphzellen in die Lymphräume, die in den Trabekeln der Tonsille endigen und sich in die Vasa efferentia entleeren. Es besteht also ein Lymphstrom, der, ausgenommen wenn eine Verletzung des Epithels besteht, nach den bindegewebigen Trabekeln und von dort in die Lymphgefässe nach der Peripherie gerichtet ist.

Durch die Erklärung dieses Mechanismus erhält die Theorie von der Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen eine Stütze. In Bezug auf die Resorption lebender Mikroorganismen muss daran erinnert werden, dass Bakterien keine bewegungslosen Fremdkörper sind, sondern gewisse vitale Eigenschaften besitzen, die ihr Eindringen in das Gewebe begünstigen.

Klinisch und experimentell erweist es sich, dass, je breiter die lymphatische Substanz und je tiefer die Crypten sind, um so leichter die Keime in das Tonsillargewebe zu den Vasa efferentia gelangen.

EMIL MAYER.

51) **Jonathan Wright. Das Gleichgewicht zwischen Infection und Immunität illustrirt an den Tonsillarcrypten. (The equilibrium between infection and immunity as illustrated in the tonsils crypt.)** *N. Y. Medical News. 4. März 1905.*

Verf. betrachtet die Frage von Infection und Immunität ausgehend von den Eigenthümlichkeiten der Tonsillarstructur, die es bewirken, dass das subepitheliale Gewebe frei bleibt von den in den Crypten enthaltenen Keimen. Er neigt zu der Annahme, dass infolge einer gewissen sensitiven mechanischen Anordnung die Stomata und Zellinterstitien sich vor dem Eindringen von Bakterien verschliessen, dagegen anorganischen Partikeln einzudringen gestatten. Oder es kann irgend ein Bakteriolysin vorhanden sein, das eine selective Wirkung gegen die Mikrobeninvasion ausübt. Leben bedeutet einen fortwährenden Kampf zwischen constructiven und destructiven Kräften; das Gleichgewicht zwischen beiden wird durch unbekannte Factoren aufrecht erhalten. In einem Fall von Infection nehmen die Virulenz des angreifenden Keimes und die Offensivkräfte der Zelle gleichermaassen ab, bis der einen oder der anderen irgend welche Hülfe kommt.

LEFFERTS.

52) **J. Melville Hardie. Hypertrophie der Gaumen- und Rachentonsille bei Kindern. (Hypertrophy of the faucial and pharyngeal tonsils in children.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Februar 1905.*

Es ist erwiesen, dass eine Resorption von Flüssigkeit und von feinvertheilten festen Partikelchen durch die Tonsille stattfindet. Wenn die Tonsille hyperplasirt ist, so behindert sie die freie Athmung. Verf. setzt die Schädlichkeiten der Mundathmung auseinander, bespricht ferner die Tonsillen als Infectionspforte und räth zu frühzeitiger Operation, wobei er gegen die Anwendung von Chloroform protestirt.

EMIL MAYER.

53) **Jonathan Wright. Cysten im lymphatischen Gewebe, ein exceptionelles Zeichen depressiver Veränderung in den Tonsillen. (Cysts in lymphoid tissue, an exceptional manifestation of tonsils retregression.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Mittheilung eines eine 21jährige Frau betreffenden Falles, bei der ein Theelöffel voll einer öligen Flüssigkeit sich in einer Mandelcyste fand.

EMIL MAYER.

54) **Edwin Pynchon. Gewöhnliche Tonsillotomie. (Ordinary tonsillotomy.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. bedient sich zu der Operation eines von ihm selbst angegebenen Instrumentariums, bestehend in einem Mundsperrer, einem Zungenspatel, dessen Handhabe schräg steht, einer Zange, durch die die Tonsille festgehalten wird, und einem Tonsillotom, dessen schneidendes Blatt durch eine Feder in Bewegung gesetzt wird.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

55) **E. W. Mitchell. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Bulletin. Februar 1904.*

Antitoxin soll auch bei bloss verdächtigen Fällen sofort angewandt werden.

EMIL MAYER.

56) **Watson Williams** (Bristol). **Die Diphtherie in Bezug auf die Infectiosität und die Meldung latenter Fälle. (Diphtheria in reference to the infectivity and notification of the latent forms.)** *III. Brit. Med. Association. Leicester Meeting.*

Die Diphtherie, wenn pathologische Verhältnisse ohne einen offensichtlichen Krankheitszustand vorhanden sind, wird als latent bezeichnet. Virulente Mikroorganismen ohne Veränderungen in den Geweben berechtigen nicht zur Diagnose einer latenten Diphtherie. Der in Frage kommende Mikroorganismus ist ganz hervorragend polymorph und in Bezug auf die Virulenz bietet er zahlreiche Variationen dar. Ebenso variirt die Empfänglichkeit des Wirthes ungemein und es steht oft ausserhalb der Macht des Bakteriologen, die klinische Bedeutung des Mikroorganismus festzustellen. Verf. nimmt Wesbrock's Classification in granulär-, gegittert- und solidgefärbte Bacillen an, von denen jede in Involutionsformen oder als lange oder kurze Bacillen auftreten kann.

Der kurze solidgefärbte Bacillus ist wahrscheinlich identisch mit dem Hoffmann'schen oder Pseudodiphtheriebacillus und hat wahrscheinlich keine klinische Bedeutung, obwohl es Fälle giebt, die Zweifel an dieser Auffassung aufkommen lassen. Es ist zweifelhafter, ob der wahre Bacillus so abgeschwächt werden kann, dass er seine klinische Bedeutung verliert.

Fälle mit localen pathologischen Veränderungen müssen, auch wenn nur geringe Beeinträchtigung der allgemeinen Gesundheit besteht, isolirt werden, bis wiederholte bakteriologische Untersuchungen keine Bacillen ergeben oder bis so viel Zeit verstrichen ist, als nöthig ist, um zu beweisen, dass sie nicht infectiös sind.

Aber auch der kurze granulirte Typus muss als infectiös betrachtet werden, wenn locale Veränderungen vorhanden sind.

Virulente Bacillen ohne jede locale oder allgemeine Erscheinungen machen nicht nothwendig in allen Fällen die Isolation erforderlich, ausser bei empfänglichen Personen und kleinen Kindern. Ein empfängliches Individuum wird im Allgemeinen innerhalb 7 Tagen Symptome aufweisen, wenn solche überhaupt auftreten; aber der Klebs-Löffler'sche Bacillus kann geringe Virulenz besitzen oder diese ganz einbüssen.

Inficirte Gemeinschaften können die Anwesenheit von Bacillen zeigen und doch lange Zeit hindurch frei von der Krankheit bleiben — es scheint dies das Resultat einer Impfung mit Diphtherie von geringer Virulenz zu sein.

Wird ein neuer Fall in einer gesunden Gemeinschaft entdeckt, so muss der Patient und alle, die mit ihm in Berührung kamen, isolirt werden.

Bakteriologische Untersuchung der Nase ergiebt sehr viel häufiger positive Resultate als die des Halses. Virulente Bacillen finden sich im Halse gesunder

Personen selten. Wenn sich der kleine gegitterte Typus in der Nase findet, so ist eine Isolirung der mit dem Bacillenträger in Berührung gekommenen Personen nicht nöthig.

Bei aller Berücksichtigung der Bakteriologie sind wir doch bei der Beurtheilung in hohem Grade abhängig von den klinischen Erscheinungen. So berechtigt beim Fehlen aller pathologischen Erscheinungen das Vorhandensein eines Bacillus von zweifelhafter Virulenz nicht zur langdauernden Isolirung und zur Anmeldung des Falles als Diphtherie.

Discussion:

Davies (Bristol) hält die Meldepflicht geboten in allen Fällen, wo sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus findet, auch wenn alle klinischen Symptome fehlen. Die Anwesenheit verdächtiger Formen, auch des Hoffmann'schen Bacillus, berechtigt zur Meldung, so lange Diphtherie herrscht und erfordert Isolirung bei kleinen Kindern.

Horne (London) bespricht einen Fall von klinischer Diphtherie mit negativem bakteriologischen Befund, bei dem post mortem der Bacillus sich im Ventrikel des Larynx fand.

Spicer (London) stimmt mit den practischen Forderungen von Davies überein.

Pegler (London) hat gelegentlich anormale Mandeln als die Ursache für das lange Verweilen des Bacillus im Halse befunden.

F.W. BENNETT (LEICESTER).

57) **Louis Fischer. Klinische Erfahrung mit Antitoxin und der Vortheil grosser Dosen. (Clinical experience with antitoxine and the advantages of large doses.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juni 1905.*

Die Arbeit bringt statistische Daten und Tabellen und Krankengeschichten und ist voll von interessanten und werthvollen Details.

LEFFERTS.

58) **St. Clair Street. Antitoxin in ungewöhnlicher Dosis in einem von Diphtherie complicirten Scharlachfall. (Antitoxine of unusual dosage in a case of scarlet fever complicated by diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 25. November 1905.*

Erst nach Injection von 67000 I.-E. trat Heilung ein.

LEFFERTS.

59) **Mc. Cullagh. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 25. November 1905.*

Verf. bespricht die Prophylaxe, die Isolirung der Patienten und plaidirt für sofortige Injection von Antitoxin und Untersuchung von Ausstrichpräparaten. Antiseptische Waschungen von Nase und Mund sollen gleichzeitig gemacht werden. Die Atmosphäre des Krankenzimmers soll mit Karbol-, Eucalyptus- und Terpentindämpfen gesättigt werden. Als Initialdosis des Antitoxin empfiehlt er 2000 bis 4000 I.E. Ist gleichzeitige Streptokokkeninfection vorhanden, so muss auch Antistreptokokkenserum injicirt werden. In Fällen von Nasendiphtherie sind Spülungen mit alkalischen und desinficirenden Lösungen indicirt. Bei Croup sollen heisse Dämpfe inhalirt werden. Bei Dyspnoe ist in klinischen Fällen die Intu-

bation, in der Privatpraxis die Tracheotomie vorzuziehen. Intubation ist contraindicirt, wenn starkes Oedem des Kehlkopfeingangs besteht oder wenn Rachen und Nase sehr in Mitleidenschaft gezogen sind. Tracheotomie muss nach der Intubation gemacht werden, wenn die Membranen sich ausbreiten, wenn der Tubus oft ausgehustet oder nicht vertragen wird. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

60) **Viollet. Wirksamkeit der Behandlung bei Laryngitis tuberculosa. (Efficacité du traitement de la laryngite tuberculeuse.)** *Gaz. des hôpitaux. 27. Juni 1904.*

Verf. empfiehlt gegen die Dysphagie eine Combination von Anaesthesin mit Adrenalin. Gegen die Entzündungen und Ulcerationen gebraucht er das Methylenblau. A. CARTAZ.

61) **Pollatschek. Diätetische und physikalische Behandlung der Larynxtuberculose. (Diaet. és physikalis gyógymódok.)** *Beiblatt zu Budapesti Orvosi Ujsag. No. 2.*

Von grosser Wichtigkeit ist die Behandlung der Nase und des Rachens zur Vorbeugung einer Irritation des Kehlkopfes durch das herabfliessende Secret. Des Weiteren erachtet Verf. für heilsam: Ausspülungen des Kehlkopfes mit der Larynxspritze, Eisumschläge oder Application von Wärme auf den Hals, copiöse flüssige oder breiige Kost, strengstes Sprechverbot, klimatische Curorte. v. NAVRATIL.

62) **Grünwald** (Reichenhall-München). **Einige Gesichtspunkte bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1905.*

G. weist auf die Wichtigkeit einer langen Beobachtung der Krankheit seitens eines Arztes hin und meint, dass in aussichtssreichen Fällen die Larynxbehandlung im Vordergrunde stehen soll und in vielen Fällen schon die blosse Ruhigstellung (Schweigecuren) die beste Aussicht auf Heilung gewährt. G. übt häufig die galvanocaustische Stichelung bei Larynxphthise. CHIARI.

63) **J. Wodon. Behandlung der Kehlkopftuberculose mit intralaryngealen Tuberculinbepinselungen. (Traitement de la tuberculose laryngée par des attouchements intralaryngés de tuberculine.)** *La Presse Méd. Belge. No. 14. 1905.*

Die locale Wirkung des Tuberculins und dessen Absorption von den Schleimhäuten aus soll nach Jacob's Thierversuchen sogar wirksamer sein als die subcutanen Injectionen, im Verhältniss von 1 : 10.

Der Autor hat nun die Localwirkung des Tuberculins auf tuberculöse Kehlkopfaffectionen geprüft. Er applicirte dasselbe intralaryngeal bei Kranken, deren Pharynx- und Larynxschleimhaut nicht anämisch erschien, denn seine Resultate waren gleich Null bei solchen Kranken, deren Schleimhaut blass und decolirt war, wie es leider in der Mehrzahl der Fälle vorkommt; zu gleicher Zeit wurde Tuberculin subcutan injicirt. Er beobachtete dabei sehr häufig Reactionserscheinungen, welche ihn veranlassten, diese intralaryngeale Behandlung der Tuberculose ver-



bunden mit Tuberculininjection zu adoptiren. Seine bisherigen Resultate seien derart ermuthigend, dass er hoffe, in relativ kurzer Zeit, d. h. der nöthigen obligatorischen Beobachtungszeit, über wirkliche Heilungen berichten zu können.

BAYER.

64) **Rose Hall Skillern. Die prämonitorischen Symptome der Kehlkopfschwindsucht. (The premonitory symptomatology of laryngeal tuberculosis.)** *American Medicine. Juli 1905. N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1905.*

Kehlkopfcrepitation findet sich frühzeitig und ist ein Zeichen für Tracheitis, die als Vorläufer der Tuberculose betrachtet wird.

Die praemonitorischen Symptome sind: Subjective (eigenthümliches Gefühl im Halse, intermittirender Husten oder recurrirende Dyspnoe, Stimmstörungen); Objective (Expectoration, Blutung aus dem Kehlkopfe); Laryngoskopische (Parese, Röthung oder Blässe der Stimmlippen, Laryngorrhoe).

EMIL MAYER.

65) **W. B. G. Harland. Das Problem der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The problem of the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 5. August 1905.*

Verf. meint, dass in einem Viertel aller Fälle von Lungentuberculose auch Veränderungen im Kehlkopf vorhanden sind. Er giebt eine Beschreibung der Symptomatologie der Kehlkopftuberculose. Den Hauptwerth legt er auf die Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

66) **Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Behandlung von Larynxtuberculose. (Behandling af Larynxtuberkulose.)** *Hospitals Tidende. No. 34 u. 35. p. 787. 1905.*

Verf. hat im Oeresundshospitale innerhalb 3 Jahren 474 Patienten mit Tuberculosis pulmonum beobachtet. Von diesen klagten 306 über verschiedene Halssymptome, aber nur 170 hatten Tuberculosis laryngis. Er hat Mentholeinathmungen, Mentholpinselungen und, wenn die Schmerzen sehr stark waren, Anästhesin-Amyloform-Mentholpulver, 2—3mal wöchentlich, oder Anästhesinemulsionen angewandt.

E. SCHMIEGELOW.

67) **Otto J. Stein. Ein Fall von Kehlkopftuberculose mit Demonstration des Präparats. (A case of laryngeal tuberculosis with exhibition of specimen.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

In dem mitgetheilten Fall war in Folge acuter Symptome von seiten des Abdomens eine Laparotomie gemacht und ein Theil des Netzes resecirt worden; von der einen Seite wurde behauptet, dass es sich um Tuberculose handelt, während die Anderen eine maligne Neubildung für vorliegend erachteten. Alle Organe, ausser dem Larynx, erschienen gesund. Die Stimmlippen waren in grosser Ausdehnung ulcerirt; dagegen fehlten von Seiten der anderen Organe alle Symptome, der Allgemeinzustand des Patienten hatte nicht gelitten, im Sputum waren keine Tuberkelbacillen. Trotzdem wurde die Erkrankung des Kehlkopfes für eine tuberculöse gehalten und die befallenen Theile durch Laryngofissur entfernt.

EMIL MAYER.



68) **Blumenthal. Tracheotomie als Heilmethode bei der Kehlkopftuberculose. (W sprawie leczenia suchot krtaniowych na drodze tracheotomii.)** *Medycyna. No. 48, 49. 1905.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Kehlkopftuberculose, bei denen Tracheotomie ausgeführt worden war. Im ersten Falle handelte es sich um einen 35 jährigen Phthisiker, bei welchem trotz des schlechten Allgemeinzustandes und elender Lebensbedingungen die Besserung etwa 1 Jahr lang dauerte. Im zweiten Falle operirte Verf. eine 23 jährige Kranke, welche im 7. Monat der Schwangerschaft und in sehr schlechtem allgemeinen Zustande sich befand, in Folge von Stenoseerscheinungen, bedingt durch tuberculöse Infiltration der hinteren Kehlkopfwand und der wahren und falschen Stimmbänder. In den Lungen waren unbedeutende Spitzenverdichtungen vorhanden. Nach der Operation besserte sich schnell der allgemeine Zustand der Kranken und sie gebar ein gesundes Kind. 5 Monate nach der Operation zeigte die Untersuchung des Kehlkopfes Verschwinden der Infiltrate und unbedeutende Verdickung der Stimmbänder.

Verf. hat ebenfalls mit günstigem Erfolge einen Kranken tracheotomirt, bei dem die Stenose durch spätsyphilitische Erscheinungen verursacht war, wie auch im Falle von Papillom des Larynx. In beiden Fällen konnte weder specifische Behandlung in dem ersteren und mehrmaliges endolaryngeales Operiren in dem zweiten Falle einen günstigen Erfolg liefern.

Verf. meint, dass der günstige Erfolg der Tracheotomie vielleicht auf einer passiven Stauung des Blutes im Kehlkopfe beruht, verursacht durch Immobilisation und Aufhören der Functionen des Organs.

A. v. SOKOLOWSKI.

69) **Hertz. Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. (O tracheotomii w suchotach krtani.)** *Medycyna. No. 28—31. 1905.*

Nachdem Verf. auf Grund der neuesten Literatur die bis jetzt streitige Frage besprochen hat, beschreibt er eingehend 16 Fälle von Kehlkopftuberculose, welche er in der laryngologischen Klinik von Prof. Fraenkel in Berlin beobachtet hat und in deren Verlauf die Tracheotomie ausgeführt wurde. Sämmtliche Fälle verliefen ungünstig, denn von den 16 starb der grösste Theil der Kranken wenige Tage nach der Operation und nur bei einigen wurde das Leben um kurze Zeit verlängert. Auf Grund derartiger Misserfolge bezweifelt Verf., dass die Tracheotomie irgend einen positiven Erfolg auf den Verlauf der Kehlkopftuberculose ausüben kann und betrachtet dieselbe nur als ein palliatives Mittel, indicirt ist sie bei sehr ausgesprochener Larynxstenose, verursacht durch verschiedenartige tuberculöse Kehlkopfprocesse.

A. v. SOKOLOWSKI.

70) **v. Sokolowski. Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. (Rozciecie tchawicy [tracheotomia] w suchdach krtani.)** *Medycyna. No. 38. 1905.*

In Bezug auf die casuistischen Mittheilungen von Hertz, welche sehr negative Resultate bei der Tracheotomie liefern, erwähnt der Verf., dass die Frage bis jetzt noch nicht vollständig gelöst ist und dass er selbst einige Fälle beobachtet hat, wo die Tracheotomie einen sehr günstigen Erfolg nicht nur auf den allgemeinen Zustand des Kranken ausgeübt hat. Verf. beschreibt zwei derartige Fälle, welche er noch im Jahre 1883 beobachtet hat, bei welchen nach vollzogener Tracheotomie

nicht nur der Geschwürprocess im Kehlkopfe eine Neigung zur Vernarbung annahm, sondern auch zugleich ausgebreitete, sehr diffuse Lungenverdichtungen ebenfalls stationären Charakter annahmen. Der Kranke hörte auf zu fiebern und konnte nach Verlauf von 6 Monaten nach vollzogener Tracheotomie das Krankenhaus mit einer bedeutenden Besserung verlassen. Im letzten Decennium sah Verf. meistens ungünstige Erfolge bei der Kehlkopfschwindsucht nach ausgeführter Tracheotomie, was Verf. dem Umstande zuzuschreiben geneigt ist, dass zeitig vorgenommene locale Behandlungen der Kehlkopftuberculose die Entwicklung bösartiger Formen von Kehlkopftuberculose, welche lebensgefährliche Kehlkopfstenosen verursachen, verhindert. Jedenfalls wäre es wünschenswerth, diese Frage an einem grösseren Material in Art von Sammelforschung näher zu bearbeiten. Schliesslich erwähnt Verf., dass in der polnischen Literatur schon im Jahre 1872 ein polnischer Arzt Namens Seikowski zuerst diese Frage erörtert hat auf Grund von zwei von ihm beobachteten Fällen von Kehlkopftuberculose mit Stenose verbunden, in welchen nach ausgeführter Tracheotomie eine bedeutende Besserung eingetreten war. Eine Kranke besserte sich derart, dass sie sogar zu arbeiten im Stande war und im 3. Jahre an recidivirender Lungentuberculose starb.

Ebenfalls berührte Srebrny im Jahre 1883 dieselbe Frage und beschrieb einen günstigen Fall von Kehlkopftuberculose, welchen er in der Schrötter'schen Klinik in Wien beobachtet hat, und wo die ausgeführte Tracheotomie einen sehr günstigen Verlauf nahm.

AUTOREFERAT.

71) **W. W. Wheelock. Operation und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Operation and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Lancet Clinic. 9. September 1905.*

Verf. schlägt vor: Laryngofissur, Cauterisation der infiltrirten oder ulcerirten Partien mit dem Paquelin oder Galvanocauter. Es ist rathsam, vorher zu tracheotomiren.

EMIL MAYER.

72) **J. Lépine. Tabische Larynxanfälle ohne bulbäre Veränderungen. (Accidents laryngés tabétiques sans lesions bulbaires.)** *Soc. de biologie. 21. November 1904.*

Es liegt der Sectionsbefund und das Ergebniss der histologischen Untersuchung vor.

A. CARTAZ.

73) **H. Barwell. Kehlkopflähmung und ihre diagnostische Bedeutung. (Laryngeal paralysis and their diagnostic value.)** *Lancet. 3. Juni 1905.*

Verf. behandelt die Symptome der verschiedenen Lähmungsformen mit besonderer Berücksichtigung des Semon'schen Gesetzes. Der Aufsatz ist illustrirt und bringt nichts Neues.

ADOLPH BRONNER.

74) **Chodzko. Ein Fall von Bleivergiftung mit Betheiligung des Kehlkopfes. (Przypadek zatrucia elowiowego z zajeciem krtani.)** *Czasopismo Lekarskie. No. 7—10. 1905.*

In einem schweren und tödtlich verlaufenden Falle von Bleivergiftung, welcher ein 19jähriges Mädchen betraf, und bei welchem sehr viele Muskeln und

Nerven afficirt waren (Polyneuritis saturnina), wurde auch laryngoskopisch beiderseitige Recurrensparese constatirt. Auf der linken Seite fast totale Parese, während auf der rechten noch schwache Function des Larynxmuskels beobachtet wurde.

Die Stimme war schwach. Es bestand Athemnoth und Dysphagie. Diese letztere war von Larynxödem abhängig. Die Kranke starb plötzlich. Autopsie wurde nicht ausgeführt.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **A. G. Tapia** (Madrid). **Ein Fall rechtsseitiger Hemiplegie des Kehlkopfes und der Zunge mit Paralyse des gleichseitigen Sternocleidomastoideus und Trapezius, gefolgt von vorübergehender totaler Hemiplegie der linken Körperhälfte.) (Un cas d'hémiplégie droite du larynx et de la langue avec paralysie du sternocléido-mastoïdien, et du trapèze du même côté, suivie d'hémiplégie totale passagère du côté gauche du corps.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1905.*

Mittheilung in der spanischen Academie für Medicin und Chirurgie, Sitzung vom 8. Februar 1904:

31 jähriger Toreador, kleine Stosswunde von einem Stierhorn an der rechten Seite des Halses, ein wenig nach hinten vom Unterkiefer; Patient wurde sofort aphonisch und konnte nur mit der grössten Schwierigkeit sprechen (Dysarthrie); desgleichen verspürte er eine grosse Schwierigkeit, seinen Speichel zu verschlucken; starke Blutung; Verlust des Bewusstseins 3 Stunden nach der Verletzung, was 36 Stunden anhielt; nach Rückkehr desselben war eine Paralyse des linken Arms und Beins und eine Gesichtscontractur der rechten Seite zurückgeblieben: die Augen konnten geschlossen werden. Die Sensibilität blieb intact. Die Beweglichkeit der Glieder kehrte langsam wieder, so dass 8 Monate nach der Verletzung keine Spur von Hemiplegie mehr vorhanden war. Die bitonale Falsetstimme ebenso wie die Dysarthrie und Dysphagie blieben bestehen, obgleich gebessert.

Nach Wiederaufnahme seines Berufs bemerkte Patient einen bedeutenden Kraftverlust in seinem rechten Arm und rasche Ermüdung verbunden mit Herzklopfen. Kurz darauf machte er hintereinander eine rechtsseitige Pneumonie mit Recidiven durch, welche eine beständige Dyspnoe zurückliess, so dass er seinen Beruf aufgeben musste.

Verf. weist aus den Symptomen nach eine Durchtrennung: 1. des rechten Hypoglossus und 2. des N. vagospinalis, und zwar muss diese unterhalb der Abgangsstelle des N. pharyngeus stattgehabt haben, da die Motilität des Gaumensegels intact blieb; andererseits muss die Durchtrennung unterhalb des Laryng. sup. stattgehabt haben, da die Sensibilität des Larynx erhalten blieb und das rechte paralytische Stimmband geradlinig gefunden wurde. Die Stimmbandparalyse in Intermediärstellung bewies eine vollständige Durchtrennung des Recurrens.

Zu den Störungen, welche aus der Durchtrennung des Vagospinalis resultiren, kann man die Palpitationen rechnen, welche den Patienten nach der Heilung der Hemiplegie überkamen, wenn er einem Stiergefechte beiwohnte, ebenso die Pneumonie; ebenso kann man aus dem Verhalten des Sternocleidomastoideus und der Schulter auf eine Durchtrennung des Access. Willisii schliessen.

Die totale Hemiplegie erklärt Verf. daraus, dass zu gleicher Zeit mit der

Nervendurchtrennung die Intima der Carotis interna, ohne dass diese durchschnitten wurde, beschädigt wurde und zur Bildung eines Thrombus Veranlassung gegeben habe, der sich später losgelöst, bis in die Caps. intern. fortgetrieben worden sei und die Hemiplegie der entgegengesetzten Seite hervorgebracht habe. Eine Herzaffection vor der Verletzung, welche die Embolie hätte veranlassen können, könne ausgeschlossen werden, ebenso die Annahme einer „hysterischen Hemiplegie“.

BAYER.

76) **P. Schultz** (Berlin). **Die Betheiligung des Sympathicus an der Kehlkopfinnervation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 1.*

Im Gegensatz zu Onodi, welcher bei Reizung gewisser Sympathicuszweige am Hunde Contraction der entsprechenden Stimmbandmusculatur beobachtete, stellte Schultz durch Experimente am Affen, Hund, Katze und Kaninchen fest, dass der Halssympathicus keine motorischen Fasern für den Kehlkopf enthält.

F. KLEMPERER.

77) **H. Cordes** (Berlin). **Neue Kehlkopfcüretten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 613.*

Kleinste, scheerenförmig schneidende Cüretten, bei denen das unterste Messerchen in das obere hineingezogen wird; durch die dabei erreichte Raumersparniss besonders zur Entfernung kleinster Tumoren vom Stimmbandrande (Sängerknötchen) geeignet; zu beziehen bei P. Pfau (Berlin).

F. KLEMPERER.

78) **Tóvölgyi. Ein neues Instrument zur äusseren Zittermassage des Kehlkopfes.** *Orr-gége-fülgyógyászat. No. 3. Beilage zu Orvosi Hetilap.*

Sein Instrument besitzt zwei Branchen, deren knopfförmige Enden an die Seitentheile des Kehlkopfes angesetzt werden; die Mitte des Vereinigungsstückes trägt eine Stange, welche in den pistolenförmigen Halter des Elektromotors hineingesetzt wird. Verf. hat zweierlei derartige Instrumente construirt; das eine bewegt sich von vorn nach hinten, das andere seitlich.

v. NAVRATIL.

f. Schilddrüse.

79) **F. Blum. Gefässdrüsen und Gesammtorganismus.** *Pflüger's Archiv. CV. S. 626.*

Bei Hunden, denen Venen und Lymphgefässe der Schilddrüse unterbunden waren, tritt eine Steigerung der Stickstoff- und Phosphorausscheidung, sowie von Gallenfarbstoff im Urin auf; ähnliche Erscheinungen treten auch bei der Basedow'schen Krankheit auf. Weil nach Unterbindung der Schilddrüsenvenen Thyreoidismus auftritt, verwirft B. die Lehre von der inneren Secretion der Schilddrüse.

J. KATZENSTEIN.

80) **Peiser. Ueber experimentell erzeugte Veränderungen der Schilddrüsenstructur.** *Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte Breslau 1904. 2. Theil. 2. Hälfte. S. 491.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.



81) A. Goodall. **Vorläufige Notiz über eisenhaltiges Pigment in der Schilddrüse. (A preliminary note on the presence of pigment containing iron in the thyroid gland.)** *Lancet. 19. August 1905.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: In Fällen von Blutkrankheiten und bei Thieren, denen Phenylhydrazin injicirt worden ist, fand sich in der Schilddrüse Pigment. Der grössere Theil dieses Pigmentes giebt die freie Eisenreaction. Am häufigsten findet sich das Pigment im Bindegewebe zwischen den Vesikeln. Es ist auch in geringerem Maasse in den Gefässen vorhanden und findet sich auch in Zellen, die frei zwischen den colloiden Massen liegen. Am reichlichsten ist es in den zellreichsten Partien der Drüse vorhanden. Die Schilddrüse wurde in 6 Fällen schwerer Anämie untersucht. ADOLPH BRONNER.

82) Csillag (Budapest). **Acute Schwellung der Thyreoidea auf Jodkali.** *Wiener med. Wochenschr. No. 33. 1905.*

Bei einem Luetiker trat schon nach ganz geringen Jodkaligaben stets eine Anschwellung der Schilddrüse auf (3maliger Versuch). Andere Erscheinungen von Jodismus wurden nicht beobachtet. CHIARI.

83) A. Gerdon. **Ein weiterer Beitrag zur Pathogenese des Morbus Basedow. (A further contribution to the pathogenesis of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 4. November 1905.*

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist ein Beitrag zu der Thatsache, dass so viele Nervenkrankheiten in späteren Stadien, wenn Bulbärsymptome auftraten, sich mit Morbus Basedow compliciren. LEFFERTS.

84) Frank H. Hartley. **Thyreoidectomie wegen Morbus Basedow. (Thyreoidectomy for exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1905.*

H. begründet die chirurgische Behandlung auf folgende Thatsachen: Der Morbus Basedow beruht ganz auf der Schilddrüse; es macht keinen Unterschied, ob die Secretion der Drüse vermehrt oder infolge Veränderungen im Blut, den Verdauungswegen oder dem Centralnervensystem, vermindert ist. Mit der Entfernung der Drüsengeschwulst schwinden auch die Symptome. Die völlige Exstirpation der Drüse hat selten Degenerationserscheinungen seitens des Centralnervensystems zur Folge: die acute Form dieser ist die Tetanie, die chronische Myxödem. Die Statistik spricht zu Gunsten der Thyreoidectomie. LEFFERTS.

85) Thos. W. Huntington. **Ein Ueberblick über die Endresultate chirurgischer Behandlung bei Morbus Basedow. (A review of the end results in cases of exophthalmic goitre treated surgically.)** *N. Y. Medical Record. 12. August 1905 und N. Y. Medical Journal. 4. November 1905.*

Verf. hat in den letzten 3 Jahren 9 Fälle chirurgisch behandelt. Ein Patient starb 12 Tage post operationem. Die Analyse der am Leben gebliebenen übrigen 8 Fälle ergiebt, was das Endresultat anbelangt, Folgendes: Exophthalmus war in 7 Fällen vorhanden gewesen und ist in 4 jetzt ganz verschwunden, in 3 erheblich gebessert. Die Tachycardie verschwand in allen Fällen wenige Wochen nach der Operation; dasselbe gilt von den nervösen Erscheinungen. Recidive der

Schilddrüsenhyperplasie zeigten sich in einem Falle und erforderten 30 Monate nach der zweiten noch eine dritte Operation. Verf. kommt zu dem Schluss, dass wie bei malignen Erkrankungen hier eine möglichst frühzeitige Operation indicirt ist. Die Exstirpation soll gemacht werden, bevor noch destructive Veränderungen der Gewebe eingetreten sind, bevor die Function wichtiger Organe erheblich gelitten hat und die Constitution des Patienten durch chronische Intoxicationen von der Schilddrüse aus geschädigt ist. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

86) **Caselmann** (Erlangen). **Secundäre Oesophagustuberculose im Anschluss an Tuberculose des Larynx.** *Dissertation. Erlangen 1905.*

Zu den 28 in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über Oesophagustuberculose fügt Caselmann einen weiteren hinzu, der eine 50jährige Frau betraf mit Lungen- und Kehlkopftuberculose. Bei der Section fand sich, dass die tuberculöse Ulceration vom Kehlkopfeingang beiderseits bis an den Recessus piriformis heranging, auch an der Rückwand des Oesophagus fand sich eine unregelmässige flache Ulceration. Offenbar war die tuberculöse Infection durch Fortschreiten des Processes vom Kehlkopfeingang aus entstanden. SEIFERT.

87) **Kirmisson** (Paris). **Extraction von Fremdkörpern des Oesophagus mit dem Kirmisson'schen Haken. (Extraction de corps étrangers de l'oesophage avec le crochet de Kirmisson.)** *Société de Chirurgie. 31. Mai 1905.*

Es handelt sich um zwei Fälle aus der Praxis von Barnsby (Tours). Im ersten hatte ein 16jähriges Mädchen ein Zehnfrancstück verschluckt. Die Versuche mit dem Graefe'schen Münzenfänger waren ergebnisslos und erschwerten die Situation insofern, als danach das Schlucken ganz unmöglich wurde. Mit dem Kirmisson'schen Instrument gelang die Extraction in Narkose leicht.

Im zweiten Falle hatte ein 7jähriges Mädchen einen Knopf verschluckt, der nach Wochen, nachdem andere Mittel vergeblich angewandt waren, mittels des Hakens extrahirt wurde.

Dazu kommt ein Fall von Gaudier (Lille): Extraction eines Soustücks bei einem 6jährigen Kinde nach 36 Tagen und einer von Massei: Extraction eines Fremdkörpers nach 6 Monaten. PAUL RAUGÉ.

88) **Winternitz. Ueber den practischen Werth der Oesophagoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 44.*

Demonstrirt 4 Fälle bei Kindern von $1^1/_2$—3 Jahren, bei welchen er einen grösseren Glasknopf, zwei Goldmünzen und eine Hosenschnalle bei Anwendung der Oesophagoskopie entfernte. Verf. meint, dass man spitzige Fremdkörper überhaupt nur mittelst Oesophagoskopie entfernen dürfte. Verf. gebrauchte noch die Oesophagoskopie mit Erfolg bei der Dilatation von hochgradigen Oesophagusstricturen, wenn die Einführung von Bougies per os theils infolge tiefen Sitzes der Strictur nicht ausführbar war. In diesen Fällen stellte er den verengten Theil im Oesophagoskope ein und vollführte nach vorausgegangener Gastrostomie die retrograde Dilatation. v. NAVRATIL.

89) **Freund** (Breslau). **Ueber eine Prothese für einen Theil des Oesophagus nach partieller Exstirpation des Larynx und Pharynxresection.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 72. Bd. 1904.*

Bei einem Patienten, bei welchem eine partielle Laryngo- und Pharyngotomie vorgenommen war, construirte Freund einen Obturator aus Guttapercha, mit Hülfe dessen nicht nur Flüssigkeiten, Milch, Thee etc, sondern auch drünnbreiige Speisen geschluckt werden konnten. Bevor noch weitere Verbesserungen an dem Obturator vorgenommen werden konnten, starb Patient an einer Carotisblutung.

SEIFERT.

90) **C. W. J. Westermann** (Haarlem). **Intrathoracale Oesophagusresection. (Intrathoracale oesophagus-resectie.)** *Handelingen X. Niederl. Natur- u. Med. Congress, Arnhem 1905.*

Beschreibung eines von W. operirten ungünstig verlaufenen Falles.

P. HELLAT.

91) **W. G. Terry. Excision des Cervicaltheils des Oesophagus. (Excision of the cervical portion of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1905.*

T. berichtet über einen Fall, in dem mittels eines Eingriffes beide Submaxillardrüsen, der Rest der Epiglottis, das Zungenbein, die vorderen $^3/_4$ des Oesophagus und die Schilddrüse in einem Stück entfernt wurden. Das hintere Viertel des Oesophagus wurde als Schleimhautbedeckung der Wirbelsäule zurückgelassen. Pat. hat schon vorher vier Operationen durchgemacht, zwei Laryngofissuren und zwei Laryngectomien. Pat. war am 40. Tage nach der Operation von dem Eingriff wiederhergestellt.

Drei und einen halben Monat später lautete der Bericht, dass Pat. alle Art Landarbeit verrichtete und an Gewicht zugenommen hätte. Die Trachea wurde durch eine silberne Dauercanüle offen gehalten. Die Speisen schluckt Pat. durch ein Gummirohr, das in den Oesophagus mündet.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Th. S. Flatau. Die functionelle Stimmschwäche (Phonasthenie) der Sänger, Sprecher und Kommandorufer.** Charlottenburg 1906. Bürkner's Verlag.

Die vorliegende Monographie behandelt eine Reihe von wichtigen Fragen und zwar auf Grund sorgsamer, langjähriger Beobachtung einschlägiger Fälle. Mit Recht verlangt Flatau, dass der Halsarzt nicht nur mit dem Kehlkopfspiegel und Auge, sondern auch mit dem Ohre diagnosticire, zumal da bei gewissen Stimmstörungen, insbesondere bei der functionellen Phonasthenie, welche diejenigen Formen von Functionshemmung oder von Functionsverlust umfasst, bei denen „keine mechanische Schädigung als erste oder fortwirkende Ursache der Störung nachweisbar ist“, das Auge eine pathologische Veränderung am Stimm-

apparate als ursächliches Moment eben gerade nicht nachweisen kann. Die functionelle Phonasthenie tritt zumeist ausschliesslich beim Stimmgebrauche im Berufe, nicht ausserhalb desselben, auf, so dass z. B. phonasthenische Sänger oft noch Schauspieler werden können; doch kommen Ausnahmen vor. Die subjectiven Symptome der functionellen Stimmschwäche beziehen sich auf die Abnahme der Dauerleistung, der dynamischen Leistung, des Stimmumfanges; sodann auf die Sensibilität (Hyper-, Par-, Dysästhesie und daraus resultirende Phonophobie). Von objectiven Symptomen verdienen das phonasthenische Räuspern und Husten, ferner die erworbene asymmetrische Einstellung der Stimmlippen, die Hyperkinese bei der Intonation, die Ueberkreuzung der Aryknorpel, ferner als Folge (nicht etwa als Ursache) die Verdickung der Hinterwand besondere Beachtung für die Diagnose. Wichtig sind die Ausgleichssymptome, d. h. das vorübergehende Schwinden der Stimmschwäche während der Anwendung gewisser Maassnahmen (schwacher faradischer Strom, veränderte activ oder passiv bewirkte Zungen- oder Kieferbewegung, Compression des Kehlkopfs, Vibration, Druck mit dem Finger nach vorne und oben gegen die Valleculae des Sängers vom Munde aus und zugleich von aussen leichter Zug am Larynx mit der anderen Hand nach unten). Die Prognose soll immer günstig sein, wenn das faradische Ausgleichssymptom vorhanden ist. Aus der Aetiologie (quantitativer und qualitativer Missbrauch der Stimme) sei hier nachdrücklichst der bei weitem häufigste Cardinalfehler hervorgehoben, für den Flatau ein gutes Beispiel anführt, nämlich die Ueberschreitung der natürlichen Registergrenzen durch gewaltsame Ausdehnung besonders des Brustregisters nach oben, eine Singweise, die, wie Ref. sich mehrfach überzeugte, leider gerade neuerdings von einigen sogenannten „Stimmbildnern“ aller Physiologie und Hygiene zum Hohn gar zur „Methode“ („Einregistermethode“) erhoben worden ist, und zwar nicht etwa für Männer-, sondern gerade für Frauenstimmen. Die beachtenswerthe Therapie Flatau's eignet sich nicht zum kurzen Referate. Sie besteht vorwiegend aus „phonischen Bewegungen mit bestimmt geordnetem und fortschreitendem phonetischen Material“, therapeutischer Verwerthung der „Ausgleichssymptome“ u. s. w. — Flatau macht, abgesehen von Hinweisen auf eigene frühere Arbeiten, keine Literaturangaben; ein Eingehen auf B. Fränkel's grundlegende Arbeit: „Ueber die Beschäftigungsschwäche der Stimme“ (Deutsche med. Wochenschr. 1887. No. 7) und die von ihm eingeführten Bezeichnungen „Mogiphonie“ und „professionelle Phonasthenie“ wird man erwartet haben und vermissen. — Das lehrreiche Buch ist bestens zu empfehlen.

Bukofzer.

b) **Charles H. Knight,** A. M., M. D., Professor der Laryngologie am Cornell University Medical College. **Die Krankheiten der Nase und des Halses.** Philadelphia. P. Blackistons Son & Co. 1903.

Den Inhalt des vorliegenden Buches bildet eine Reihe von Vorlesungen: es ist hauptsächlich für den Gebrauch der Studenten berechnet. Besondere Aufmerksamkeit ist auf die Krankheiten der Nebenhöhlen verwendet; auch das Capitel über die Deviationen der Nasenscheidewand ist gründlich und die verschiedenen in Betracht kommenden Operationsmethoden sind eingehend erörtert. In des

Verf.'s Beschreibung der Asch'schen Operation läuft ein gewichtiger Irrthum unter; wahrscheinlich sind auf ihn die erzielten schlechten Resultate zurückzuführen. Nachdem die beiden Incisionen, aus denen die vier Segmente resultiren, beschrieben worden sind, sagt Verf., „diese Segmente werden an ihrer Basis gebrochen, indem man sie mit der Septumzange kräftig umdreht. Dieser Vorgang bei der Operation erfordert Uebung der anzuwendenden Gewalt, denn der Erfolg hängt von seiner Gründlichkeit ab, und es ist überraschend, welchen Grad von Traumatismus diese Gebilde ohne irgend welche Empfindlichkeit aushalten können". Die Anweisungen sollten dahin lauten, dass nach der Incision der Finger in das Nasenloch der deviirten Seite eingeführt und kräftig nach der concaven Seite gedrückt und so die Segmente an ihrer Basis gebrochen werden sollen. Dann erst soll die Zange — jedes Blatt in ein Nasenloch — eingeführt werden und durch starken Druck die Lappen zusammengehalten werden; niemals aber soll dabei irgend welche gewaltsame Erschütterung angewandt werden.

Das Buch ist im Ganzen auf einen sehr conservativen Ton gestimmt; Verf. hat für die Meinungen anderer Autoren eine sehr wohlwollende Erwägung, bringt aber dabei seine eigenen Anschauungen durchaus nachdrücklich zur Geltung. Das Buch verdient im Ganzen die wärmste Empfehlung. Emil Mayer.

c) **Herbert Richardson. Die Schilddrüse und Nebenschilddrüsen.** Mit 77 Illustrationen nach Originalzeichnungen. P. Blackistons Son & Co. Philadelphia.

In vorliegendem Buch ist der ganze auch für den Laryngologen in mancher Hinsicht sehr wichtige Gegenstand behandelt, und zwar giebt Verf. seine persönliche Erfahrungen und das Ergebniss eigener wissenschaftlichen Untersuchungen. Sehr gründliche literarische Angaben überheben den, der sich mit dem Thema beschäftigen will, der grossen Mühe, die umfangreiche Literatur des Gegenstandes durchzusuchen.

Das Buch ist gut geschrieben, trefflich illustrirt; sein Studium ist im höchsten Grade lohnend. Emil Mayer.

d) **W. Zilliacus. Die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopfe während verschiedener Lebensalter. (Utbredningen af Skif- och Cylinderepitheliel i Människans Struphuvad under olika Aaldrar.)** Helsingfors 1905. 150 Seiten.

Nach einer kurzen geschichtlichen Uebersicht über die bisherige Entwicklung der zu behandelnden Frage berichtet Verf. über eine neue Methode, an makroskopischen Präparaten mittelst verschiedener Farbstoffe die gegenseitigen Ausbreitungsverhältnisse des Platten- und Cylinderepithels zu veranschaulichen. Als Färbemittel gebraucht Verf. für das Plattenepithel Pikrinsäure, für das Cylinderepithel Hämatoxylin. Von der Zuverlässigkeit der Methode hat sich Verf. in mehrfacher Weise — theils durch Zerzupfung und mikroskopische Untersuchung von Gewebsproben, welche den verschieden gefärbten Schleimhautbezirken entnommen wurden, theils durch Schnittserien und lineare Reconstructionen vorher bei

schwacher Vergrösserung gezeichneter Abschnitte der Grenze zwischen Platten- und Cylinderepithel — überzeugt.

Die mit Hülfe dieser Methode in Bezug auf die Ausbreitung der betreffenden Epithelarten im Kehlkopfe erzielten Ergebnisse weichen in mehrfacher Hinsicht von den über diese Frage bisher vorliegenden Angaben ab.

Das, was zunächst in die Augen springt, wenn man die Schleimhäute mehrerer nach der angegebenen Methode gefärbten Kehlköpfe betrachtet, sind die grossen Schwankungen, welche die Ausbreitung der beiden Epithelarten in verschiedenen Kehlköpfen darbietet. Dies gilt jedoch nur von dem oberen und mittleren Abschnitt des Kehlkopfes, oberhalb der Stimmbänder: unterhalb der letzteren ist das Verhältniss zwischen Platten- und Cylinderepithel in allen Kehlköpfen einigermaassen gleich.

Die nach älteren Angaben am Kehlkopfeingange ringsum vorhandene Randzone von Plattenepithel stellt keinen Randsaum mit einer auch nur annähernd regelmässigen Begrenzung, sondern vielmehr einen hochgradig unregelmässig gestalteten Bezirk dar, welcher sich bei einigen Individuen weit in den Kehlkopf hinein, manchmal bis zum Taschenbande, erstreckt, bei anderen dagegen nur eine beschränkte, sehr unregelmässig gestaltete Randpartie des an den Rachen grenzenden Kehlkopfabschnittes einnimmt. Stets aber greifen die aneinander stossenden verschiedenen Epithelgebiete mit grösseren und kleineren, unregelmässig gestalteten und durch entsprechende Buchten getrennten Zacken ineinander.

In sämmtlichen untersuchten Kehlköpfen von Kindern und Erwachsenen hat Verf. an der laryngealen Seite des Kehldeckels sowie an der Innenfläche der seitlichen Kehlkopfwände Inseln von Plattenepithel innerhalb des Cylinderepithelgebietes und umgekehrt Inseln von Cylinderepithel innerhalb des Plattenepithelgebietes angetroffen. Das Vorhandensein der beiden Arten von Epithelinseln gehört, nach Ansicht des Verf.'s, demnach zum normalen Bilde der Kehlkopfschleimhaut.

Die Angaben mehrerer Forscher über das Vorkommen von Plattenepithel am freien Rande des Taschenbandes entlang haben nur insofern Bestätigung gefunden, als manchmal einzelne Plattenepithelinseln am Taschenbande sich vorfanden und zum Theil auch auf den Randtheil des letzteren übergriffen, wodurch ein gewisser Theil des freien Randes einen Ueberzug von Plattenepithel erhielt. Eine Anordnung des Plattenepithels in Gestalt eines ausgesprochenen Streifens längs dem Rande des Taschenbandes, somit erinnernd an die Epithelverhältnisse der Stimmbänder, hat Verf. dagegen nicht beobachtet.

In Bezug auf den Plattenepithelüberzug der Stimmbänder hat Verf. keine nennenswerthen Abweichungen von den älteren Angaben nachgewiesen.

Um den Zeitpunkt festzustellen, zu welchem im Kehlkopfe des erwachsenen Menschen gewöhnliche Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels sich zuerst etablirt, hat Verf. die Epithelausbreitungsverhältnisse des fötalen Kehlkopfes untersucht. Da sich hierbei die Färbemethode mit Pikrinsäure und Hämatoxylin unbrauchbar erwies, weil das fötale Plattenepithel durch den letzteren Farbstoff theilweise mitgefärbt wird, hat Verf. acht Kehlköpfe, welche Föten im Alter von

4—9 Monaten entstammten, in Schnittserien zerlegt und an diesen Schnitten die Epithelausbreitung studirt.

Verf. hat in Uebereinstimmung mit früheren Forschern auf diesem Gebiete gefunden, dass das Cylinderepithel im fötalen Kehlkopfe einen verhältnissmässig grossen Flächenraum einnimmt, und zwar sich vom Kehlkopfe her noch ein Stück weit in den Pharynx hinab erstreckt.

Im Gegensatz zu der bisher vorherrschenden Ansicht, dass Inseln von Plattenepithel nicht auf der fötalen Kehlkopfschleimhaut vorkommen sollen, hat Verf. in den Kehlköpfen sämmtlicher dieser Föten sowohl Plattenepithelinseln innerhalb des Cylinderepithelgebietes als auch Cylinderepithelinseln innerhalb des Plattenepithels angetroffen und betrachtet daher das Vorkommen dieser beiden Arten von Epithelinseln als zum normalen Bilde auch der fötalen Kehlkopfschleimhaut gehörend.

Bei Untersuchung von Schnittserien durch den Kehlkopf einen Tag alter Kinder hat Verf. hier im Wesentlichen die gleichen Epithelausbreitungsverhältnisse wie beim Fötus constatirt. Dagegen hat in Kehlköpfen zweiwöchentlicher Kinder die Epithelausbreitung ein Uebergangsstadium des fötalen zum erwachsenen Typus dargeboten. Noch mehr nähern sich beim einmonatlichen Kinde die Epithelverhältnisse des Kehlkopfes den beim Erwachsenen vorherrschenden.

Bei etwas älteren Kindern konnte Verf. zur Veranschaulichung der Epithelvertheilung im Kehlkopfe sich wieder der combinirten Färbemethode bedienen, und zwar wurde hier die Zuverlässigkeit der Methode durch lineare Reconstruction des gefärbten und sodann photographirten Kehlkopfes eines zehnmonatlichen Kindes festgestellt.

Die Ausbreitung der beiden Epithelarten im Kehlkopfe hat bei Kindern im Alter von fünf Monaten bis zu fünf und einem halben Jahre keine erwähnenswerthe Abweichung von der beim erwachsenen Menschen vorliegenden Anordnung dargeboten.

Nach den Beobachtungen des Verf.'s unterliegt die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels auf der fötalen Kehlkopfschleimhaut von dem 4. Schwangerschaftsmonat bis zur Geburt und selbst ganz kurze Zeit nach dieser keinen wesentlicheren Veränderungen, während dagegen solche Veränderungen schon im Laufe der ersten Wochen nach der Geburt eintreten, worauf die aus ihnen resultirende Anordnung, mit individuellen Schwankungen, zeitlebens einigermaassen unverändert bestehen bleibt.

Den Grund für diese in den ersten Wochen des extrauterinen Lebens erfolgenden Epithelveränderungen sucht Verf. darin, dass die Stimmbildung und der Schlingact durch Reibung und Druck die Ernährung und das Wachsthum des Cylinderepithels störend beeinflussen, wodurch der Neigung des Plattenepithels zur Ausbreitung über benachbarte Flächenbezirke Vorschub geleistet wird. Die grossen Schwankungen, welche die Ausbreitung der beiden Epithelarten, bei Kindern und Erwachsenen, in verschiedenen Kehlköpfen aufweist, will Verf. der ebenfalls mit Reibung und Druck verknüpften Einwirkung zuschreiben, welche die bei Erkrankungen der Athmungswege (z. B. bei Bronchitis) hinzutretenden Schädlichkeiten — namentlich die unvermeidlichen auftretenden und häufig wiederholten

Hustenstösse — in individuell wechselnder Weise auf die Existenzbedingungen des Cylinderepithels ausüben.

Schliesslich macht Verf. einige Angaben über die Art und Weise, wie Cylinder- und Plattenepithel aneinander grenzen. Jörgen Möller.

---

e) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

36. Sitzung vom 27. September 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Schmiegelow: Ein Fall von grossem Fibroma pharyngis bei einem 5jährigen Mädchen.

Die Geschwulst, deren Symptome vor einem Jahre angefangen haben, füllt jetzt die ganze Pars oralis des Schlundes. Behandlung mittelst Röntgenstrahlen scheint einen günstigen Einfluss zu haben.

II. Vald. Klein stellt eine 30jährige Frau vor, an der er ein mehr als bohnengrosses Papillom entfernt hatte. Die Geschwulst ging vom vorderen Drittel des linken Stimmbandes aus und während der Inspiration war nach hinten nur ein kleiner Theil der Stimmritze für die Luftpassage frei. Trotzdem war die Athmung unbehindert.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

37. Sitzung vom 27. September 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Schmiegelow demonstrirte folgende Patienten:

1. Ein Fall von Neubildung im Os ethmoideum bei einem 38jährigen Manne, der Lues gehabt hatte. Beträchtlicher rechtsseitiger Exophthalmus, Dislocation des Bulbus nach unten vorn, Nebelsehen, ausgesprochene Stauungspapille. Es ist fraglich, ob es eine bösartige Neubildung oder eine luetische Affection sei.

2. Ein Fall von ausgedehnter luetischer Destruction des harten Gaumens und der Nase bei einem 13jährigen Knaben, irrthümlich wegen Tuberculose behandelt.

3. Fall von congenital-luetischer Affection des Gaumens und der Nase bei einem 16jährigen Mädchen.

II. Grönbech berichtete über 3 Fälle von chronischem Tonsillarabscess. (Der Vortrag wird anderswo in extenso erscheinen.)

Discussion: Schmiegelow, Bentzen.

Jörgen Möller.



f) American Laryngological Association.

XXVII. Jahresversammlung, abgehalten in Atlantic City.
1. bis 3. Juni 1905.

Vorsitzender: Clarence C. Rice.

Der Vorsitzende betont in seiner Eröffnungsrede die Bedeutung der oberen Luftwege als Eintrittspforte für Infectionen und räth zur Einsetzung besonderer Commissionen, denen das Studium vitaler Fragen, wie Tuberculose, Aetiologie des Heufiebers etc., obliegen soll.

Bryson Delavan: Die Behandlung der chronischen Kehlkopf- und Trachealstenose.

D. rühmt die Verdienste John Rogers' um die Verbesserung der Behandlungsmethode. Er hat die O'Dwyer'schen Tuben so modificirt, dass sie auch in Fällen angewandt werden können, in denen die gewöhnlichen Tuben nicht vertragen wurden. Er berichtet über 22 Fälle, in denen sich die Modification glänzend bewährte.

Braden Kyle (Philadelphia): Ein Fall von completer Adhäsion der Stimmbänder mit Stenose nach Diphtherie.

Es handelte sich um ein 6 jähriges Kind, das 9 Monate lang eine Tracheotomietube getragen hatte. Die Untersuchung zeigte, dass das Kehlkopflumen völlig verschlossen war. Das Kind war total aphonisch. Es wurde zuerst eine gefensterte Trachealcanüle eingeführt, um festzustellen, ob überhaupt Luft durch den Kehlkopf hindurchging, und es wurde festgestellt, dass dies auch nicht im geringsten Maasse der Fall war. Von der erweiterten Tracheotomiewunde aus wurden die zusammengewachsenen Stimmbänder mit einem kleinen gekrümmten Messer gespalten und dann ein Dilatator eingeführt. Eine besonders lange Intubationsröhre wurde in den Kehlkopf eingeführt und bis unterhalb der Tracheotomiewunde geschoben. Die Tracheotomiewunde wurde temporär mit Heftpflasterstreifen geschlossen und das Kind athmete frei durch die Intubationsröhre. Jedoch nach 3—4 Minuten wurde die Athmung schlecht und sistirte bald völlig; die Heftpflasterstreifen wurden entfernt und der Tubus herausgezogen. Ein zweiter Versuch hatte dasselbe Resultat. K. schloss, dass der Athemstillstand darauf zurückzuführen war, dass das Intubationsrohr auf den N. recurrens oder auf den Ramus internus des N. laryngeus superior drückte, er gab den Versuch, auf die beschriebene Art den Kehlkopf wieder luftdurchgängig zu machen, auf und machte später die Thyreotomie und entfernte die obstruirenden Gewebsmassen. Das Kind genas bald von der Operation, war auch im Stande, einige Worte auszusprechen und wurde aus dem Krankenhause entlassen. Es starb kurze Zeit darauf an einer Bronchopneumonie. In dem exstirpirten Gewebe fanden sich neugebildete Knorpelzellen.

John Rogers hat theils zufällig, theils auf experimentellem Wege gefunden, dass lange fortgesetzte Intubation, besonders mit Metalltuben, Fälle von hypertrophischer Laryngitis zur Heilung bringen kann.

Charles W. Richardson (Washington): Zwei Fälle von Gangrän der Tonsille.

Einer dieser Fälle ist vor 2 Jahren in einem Vortrag vor dieser Gesellschaft mitgetheilt worden. R. theilt auszugsweise auch die anderen drei als Gangrän der Tonsille in der Literatur beschriebenen Fälle mit. Die Diagnose ist leicht, der Geruch ist so charakteristisch, dass man ihn nie wieder vergisst.

Emil Mayer (New York) will wissen, ob bei der Behandlung Antistreptokokkenserum zur Anwendung gelangt ist.

C. F. Theisen (Albany) theilt einen Fall von Gangrän bei Diabetes mit.

Thomas Hubbard (Toledo) verfügt über 2 Fälle von Gangrän der Tonsille.

C. W. Richardson hat Serum nicht angewandt. Im ersten Fall war ein peritonsillärer Abscess die directe Ursache der Gangrän, im zweiten war die Aetiologie unklar.

Peyre Porcher (Charleston): Ruhe als Factor in der Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose.

P. räth, völlige Ruhe in allen Fällen von Kehlkopfschwindsucht oder jeder anderen ernsten Larynxerkrankung zu verordnen. Er theilt einen Fall mit, bei dem die völlige Ruhe neben entsprechender Medication ein Hauptfactor der Behandlung war und ein ausgezeichneter Erfolg zu verzeichnen war. Auf das Klima war keine Rücksicht genommen.

Walter F. Chappell (New York): Beziehung zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose.

Redner behandelt in längerer Ausführung die verschiedenen Wege, auf denen eine Infection von Kehlkopf und Lungen entweder aus einer gemeinsamen Quelle eintreten oder von einem erkrankten Organ auf das andere übergreifen kann.

An der Discussion betheiligen sich John O. Roe, J. Price Brown und J. H. Bryan.

Herbert S. Birkett (Montreal): Weiterer Bericht über einen Fall von Lupus des Rachens und Nasenrachens.

Die erste Mittheilung über den Fall erfolgte vor der Gesellschaft in der Sitzung von 1904. B. sah den Patienten im Mai 1904. Zu der Zeit waren die Erscheinungen, die in der Nase, Ohr und Nasenrachen vorhanden gewesen waren, völlig verschwunden; im December desselben Jahres war die Heilung noch andauernd. Es bestanden nur noch an Stelle der früheren Veränderungen feine lineare Narben. Dagegen fanden sich Schwellung und Infiltration der Epiglottis und deren Oberfläche besät mit stecknadelkopfgrossen Infiltraten. Die Epiglottis war derart geschwollen, dass sie in der Ruhelage einen direct gegenüberliegenden Punkt der hinteren Rachenwand berührte. An diesem Theil des Pharynx konnte man ein kleines Ulcus constatiren. Von diesen neuen Veränderungen in seinem Halse wusste Patient absolut nichts. Es wurde damit begonnen, eine Bestrahlung mit X-Strahlen einzuleiten. Sie wurden auf die äusseren Partien des Halses, die der erkrankten inneren Region entsprach, gelenkt, und zwar geschah die Behandlung

einmal die Woche; die Sitzung dauerte anfangs 10, dann 20 Minuten. Der Zustand der Epiglottis besserte sich zusehends und das Geschwür an der hinteren Pharynxwand verkleinerte sich erheblich. In einem anderen Falle von Lupus der Nase mit Zerstörung des Septums und Affection der Epiglottis wurde gleichfalls eine Behandlung mit X-Strahlen eingeleitet. Auch hier konnte bei einer jüngst vorgenommenen Untersuchung constatirt werden, dass die Affection verschwunden war, nur war die Epiglottis zur Hälfte zerstört.

An der Discussion betheiligten sich E. Mayer, Swain und W. Casselberry.

Fletcher Ingals (Chicago): Intranasale Drainage der Stirnhöhle.

I. stellt vier Fälle vor, an denen er die Technik seiner Methode und deren Resultate demonstrirt. Die Behandlungsart ist nicht absolut zuverlässig, jedoch sehr wirksam und verursacht keine Secretion. Er empfiehlt sie in geeigneten Fällen, nachdem eine freie Drainage bewerkstelligt ist, und als einen wesentlichen Factor bei der Behandlung jedes Falles. Er hat ein besonderes Instrument angegeben, welches bei der Operation, deren Gang er genau beschreibt, gute Dienste leistet.

Bryan hält die Methode in ausgewählten Fällen für anwendbar. Wenn wir mit einer Sonde in die Stirnhöhle gehen, so wissen wir nie sicher, ob wir wirklich in der Höhle sind: auch weiss er nicht, wie es möglich ist, durch solch eine Oeffnung hindurch zu curettiren. Wenn eine passende Drainageröhre gefunden werden könnte, um die Oeffnung lange genug offen zu halten, so könnte eine Heilung erfolgen.

Coffin (New York) hält die Methode für uncomplicirte Fälle geeignet.

Swain (New Haven) glaubt, dass, wenn die Stirnhöhlenöffnung sehr weit wäre, die Gefahr der Reinfection besteht.

Casselberry (Chicago) hat die Operation in Narkose mit einem modificirten Ingals'schen Instrument vorgenommen.

Ingals hält eine Gefahr für ausgeschlossen, auch wenn das Instrument in eine Siebbeinzelle dringt. Es ist ihm gelungen, Fälle von 10 und 15jähriger Dauer durch einfache Drainage und Ausspülung zu heilen.

Payson Clark: Larynxpapillome bei Kindern.

C. berichtet über 14 interessante Fälle. Die beste Behandlungsmethode ist die Tracheotomie, ohne dass man an die Beseitigung der Geschwülste herangeht. Ist das Kind dann in ein Alter gelangt, wo das Wachsthum der Geschwülste sich erschöpft, so könnten Versuche zu deren Beseitigung gemacht werden.

Swain berichtet über ein 4 jähriges Kind, bei dem er im Laufe von 6 bis 8 Jahren die Papillome entfernte und wo sie im 15. Lebensjahre ganz verschwunden waren. In einem anderen Falle dagegen traten stets Recidive auf und erst nachdem die Thyreotomie gemacht war, trat Heilung ein.

Ingals hat kürzlich ein 2 jähriges an Papillomen leidendes Kind durch den Killian'schen Tubus operirt; er musste jedoch zuerst die Tracheotomie vornehmen. Es folgte eine Bronchopneumonie, nach deren Heilung die Tracheotomiecanüle entfernt wurde.



W. A. Casselberry kann sich nicht entschliessen, die Tracheotomie als Behandlungsmethode bei Papillomen anzuerkennen.

Payson Clark glaubt, dass die Tracheotomie viel weniger Risiko biete als wiederholte Thyreotomien.

Gordon King (New Orleans): Fremdkörper des Oesophagus.

Bericht über zwei Fälle. Im ersten Fall war der Fremdkörper ein Messingknopf, der mittels der Zange entfernt wurde. Im zweiten Fall musste bei einem 44 jährigen Mann zur Entfernung eines Knochenstückes die Oesophagotomie gemacht werden. Patient befindet sich noch wegen eines Brustfellempyems, das sich nach der Operation entwickelte, in Behandlung. K. protestirt gegen den unkritischen Gebrauch des Graefe'schen Münzenfängers, der nur in geschickten Händen und in ausgewählten Fällen angewandt werden soll. Er eigne sich nur für flache rundliche Fremdkörper, wie Knöpfe und Münzen. K. ist ein Anhänger der Oesophagoskopie.

J. Gleitsman rühmt den Werth des Killian'schen Bronchoskops.

Logan hat stets mittels der X-Strahlen die Lage des Fremdkörpers feststellen können.

King findet, dass es am besten ist, mittels einer kleinen elektrischen Lampe Licht durch den Tubus zu werfen.

Simpson (New York): Kehlkopfdiphtherie bei einem Erwachsenen als Complication von Cerebrospinal-Meningitis.

Der Fall beweist, dass die entsprechenden Bacillen nicht nothwendig Antagonisten sind.

Thomas J. Harris: Papillom des Nasenrachens, ein Epitheliom vortäuschend.

Bericht über einen Fall und kurze Erwähnung von drei anderen in der Literatur vorhandenen Fällen.

Kehlkopffibrom bei einem Kind von drei Jahren; Tracheotomie; Laryngofissur mit nachfolgender langdauernder Intubation.

Fälle von Kehlkopffibrom bei Kindern sind selten und Redner hat keinen Fall auffinden können, wo eine so starke Dyspnoe die Folge war, dass die Tracheotomie nöthig wurde. Nachdem K. in seinem Falle die Laryngofissur zur Entfernung der Geschwulst gemacht hat, ist er zur Ueberzeugung gekommen, dass es besser gewesen wäre, die Exstirpation auf intralaryngealem Wege mittels einer Dundas-Grant'schen Zange vorzunehmen, obwohl man dabei natürlich mit der Möglichkeit einer Verletzung der Stimmbänder rechnen muss. Zur Zeit ist das Kind völlig wiederhergestellt.

Pasyon Clark glaubt, dass in diesem Falle das Kirstein'sche Autoskop sehr am Platze gewesen wäre.

Bei einer Berathung über Nebenhöhlenerkrankungen wurden folgende beiden Fragen erörtert: 1. Welche Symptome machen bei Nasennebenhöhlen-

erkrankungen einen radicalen chirurgischen Eingriff erforderlich? 2. Welches sind die Ergebnisse der conservativen Methode verglichen mit denen der radicalen?

Oberkieferhöhle:

Robert C. Myles (New York) ist der Ansicht, dass radicale Methoden in allen Fällen von Knochennekrose, in allen Fällen von ausgedehnter polypöser Veränderung der Schleimhaut, in allen Fällen von Osteomyelitis am Platze sind. Fast alle Fälle von neoplastischen Geschwülsten erfordern ausgedehnte radicale Operationen. Je früher und vollständiger der Eingriff sei, desto besser seien die Resultate. M. hat mehrere hundert Fälle durch Eröffnung von der Fossa canina und der Alveole aus operirt und die vorderen Siebbeinzellen gründlich curettirt, jetzt diese Methode aber aufgegeben. Er hat sich von den guten Resultaten der conservativen Methode so überzeugt, dass er sie in jedem Fall — eventuell als Vorbereitung für ausgedehntere Maassnahmen — anwendet. Diese conservative Methode besteht in einer Entfernung der vorderen Sinuswand im Bereich des unteren Nasenganges — eventuell nach Abtragung der unteren Muschel — mit nachfolgender Ausspülung, gründlicher Curettage und Tamponade mit Jodoformgaze. Die Ausspülung wurde fortgesetzt, bis die Absonderung aufhörte. In einer Reihe von Fällen hat M. damit bessere Resultate erzielt, als mit den anderen Methoden.

George A. Laland berichtet über einen Fall, in welchem, nachdem die Behandlung von einer Alveolaröffnung aus ohne Resultat geblieben war, die vordere Wand fortgemeisselt wurde und nach Resection der unteren Muschel eine breite Oeffnung in der Nase angelegt wurde. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt und dann die äussere Wunde zugenäht.

Stirnhöhle:

Cornelius G. Coakley (New York) zählt folgende Symptome des acuten Stirnhöhlenempyems auf, die eine Eröffnung von aussen her erforderlich machen: 1. Oedem und Röthung des oberen Augenlides, begleitet von klopfenden Schmerzen über der Höhle mit der Tendenz, nach mehr als 24 Stunden nach Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel an Intensität zuzunehmen. 2. Deutliche Vorwölbung der Orbitalwand der Stirnhöhle. 3. Verdrängung des Bulbus nach unten und aussen, begleitet von Diplopie. 4. Bildung einer Fistel im oberen Orbitalwinkel, gekennzeichnet durch Schwellung, Röthung und Fluctuation. 5. Intensiver Supraorbital- und Frontalschmerz, der durch Drainage durch den Ductus nasofrontalis nicht gemildert wird, nebst Neigung zu Temperatursteigerungen. Bei 58 Fällen, die C. vom 1. Januar 1903 bis 1. Januar 1905 behandelte, genasen 54 völlig unter intranasaler Behandlung. Ein Fall endete tödtlich; 40 Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde er zuerst gesehen und 23 Stunden darauf starb Patient an acuter Meningitis unter Symptomen stark vermehrten intracraniellen Druckes. In diesem Falle wurde das vordere Ende der mittleren Muschel amputirt und die Drainage schien gut zu sein.

Bei chronischer Stirnhöhlensinusitis muss radical operirt werden in folgenden Fällen: 1. Chronisches Empyem mit reichlicher Polypenbildung in der Nase; bei älteren Leuten oder solchen, die eine ausgesprochene organische Erkrankung des

Herzens, der Lungen oder Nieren haben, ist eine Radicaloperation nicht rathsam. 2. Bei schwerer acuter Exacerbation einer chronischen Erkrankung, wenn eines der oben angeführten Symptome eines acuten Empyems sich entwickelt. 3. Wenn die intranasale Behandlung nicht genügt, um ein Eindringen des Eiters in die Highmorshöhle zu verhindern, so muss, wenn der fötide Geruch und Geschmack des aus dieser stammenden Secrets den Patienten sehr belästigt, die Stirnhöhle radical operirt werden, um die Highmorshöhle zu heilen. 4. Sehr weite Stirnhöhlen mit vielen Septen und besonders solche mit Recessusbildung nach unten über das Orbitaldach — worüber die Röntgenuntersuchung Auskunft giebt. 5. Patienten mit enger Nasenhöhle. 6. Neurasthenische Patienten, bei denen eine langdauernde intranasale Behandlung unangebracht ist. 7. Bei vorhandener Fistelbildung.

W. Casselberry spricht über die aus der Literatur zusammengestellte Statistik der Gehirncomplicationen bei Stirnhöhlenempyem. Eine radicale Operation ist dringend nothwendig, wenn Erscheinungen seitens des Gehirns auftreten: andauernder Kopfschmerz, Schüttelfrost, Fieber, centrale Lähmungen etc. Die conservativen und intranasalen Maassnahmen sind für milder verlaufende Fälle reservirt. Für radicale Operation soll man sich auch dann entschliessen, wenn der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten unter der Eiterung leidet, wenn Knochenzerstörung, Abscessbildung, Fisteln vorhanden sind, ferner wenn der Ductus nasofrontalis nicht durchgängig ist, multiple Sinuserkrankung vorliegt etc. C. theilt kurz die Geschichte von 16 Fällen mit, die mit der conservativen Methode behandelt wurden: 6 leichte Fälle sind geheilt, von den übrigen 10 ist nur einer geheilt, zwei sind sehr gebessert, bei drei ist auch eine Besserung zu constatiren, ohne dass diese jedoch ganz befriedigend sind, bei den übrigen vier Patienten ist keine günstige Wirkung zu constatiren.

Siebbeinzellen:

John O. Roe (Rochester): Acutes Siebbeinempyem erfordert selten einen Eingriff, ausser wenn es sich um Exacerbationen eines chronischen Processes handle. Bleibt bei einem chronischen Empyem alle Behandlung mit medicamentösen Substanzen — antiseptisch und austrocknend wirkenden — ohne Erfolg, so muss zu radicalen Maassnahmen geschritten werden. Er berichtet über einen Fall von Empyem der hinteren Siebbeinzellen, in dem die erkrankte Region sehr schwer zugänglich war, schliesslich aber alles Krankhafte entfernt wurde und Heilung eintrat. Die Anwendung der scharfen Curette hält er für gefährlich, ausser in Fällen, in denen die Zellen mit polypoiden Massen angefüllt sind. In allen uncomplicirten Fällen können die Zellen mit der Grünwald'schen schneidenden Zange eröffnet werden; nur in Fällen, die mit Stirnhöhlenempyem complicirt sind, ist die Eröffnung von aussen nöthig.

John W. Farlow (Boston) hält chirurgischen Eingriff für nöthig bei starken lang anhaltenden Kopfschmerzen, Sehstörungen, Verdrängungen des Bulbus, Orbitalabscess, Entzündung der Meningen, Syphilis und Nekrose, hartnäckiger Polypenbildung, besonders wenn complicirt mit polypöser Degeneration der mittleren Muschel, Stirnhöhlenempyem, verursacht durch Ethmoidalerkrankung, Eiter in der

Highmorshöhle ethmoidalen Ursprungs, hartnäckige Formen der Siebbeineiterung, wobei Eiter in den Nasenrachenraum fliesst und Laryngitis, Bronchitis, Asthma etc. verursacht. Er hält Entfernung der mittleren Muschel mit nachfolgender Eröffnung und Curettage der Zellen bei fast allen Fällen für ein befriedigendes Verfahren, selbst bei schweren Formen, wenn auch ein gewisser Grad von Secretion noch bestehen bleibt. Von aussen ist seiner Ansicht nach zu operiren, wenn ein Orbitalabscess vorhanden ist oder der Eiter droht, sich einen Weg nach aussen zu bahnen. Auch Fälle von Syphilis mit Nekrose machen zur Entfernung des erkrankten Knochens eine Operation von aussen nöthig.

Keilbeinhöhle:

Gleitsmann (New-York) behandelt die Symptomatologie des acuten und chronischen Empyems. Er erwähnt Fälle von secundärer Blutung, primäre Blutungen sind sehr selten, es werden davon nur 8 Fälle erwähnt.

Passmore Berens (New-York) kommt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Acutes uncomplicirtes Empyem eignet sich für conservative Behandlung, vorausgesetzt, dass das Ostium der Keilbeinhöhle von der Nase aus zugänglich ist. 2. Acutes multiples Empyem mit Betheiligung der Keilbeinhöhle eignet sich gleichfalls für conservative Behandlung, vorausgesetzt, dass nicht durch anatomische Verhältnisse die Drainage verlegt wird. Anatomische Deformitäten in der Nase können in diesem Falle eine radicale Operation nothwendig machen. 3. Acutes oder chronisches Empyem kann bisweilen durch Entfernung der Ursache, nämlich der Siebbeinerkrankung geheilt werden. 4. Einfaches chronisches Empyem eignet sich, falls nicht erhebliche Veränderungen der Sinusschleimhaut Platz gegriffen haben, zu conservativer Behandlung. 5. Chronisches Keilbeinempyem erfordert, wenn es in Begleitung anderer Sinusitiden einhergeht oder wenn erhebliche Veränderungen der Sinusschleimhaut vorhanden sind, Radicaloperation, d. h. nicht nur Entfernung alles erkrankten Gewebes, sondern auch Beseitigung aller die Drainage hemmenden Hindernisse. 6. Die Tendenz der vorderen Sinuswand, sich wieder herzustellen, ist eine hinreichende Garantie für ihre möglichst vollständige Entfernung. 7. Der Verlauf wichtiger Gefässe in der Keilbeinregion ist ein starkes Argument für das Vorgehen durch die Oberkieferhöhle, falls diese ergriffen ist.

Theisen bevorzugt bei Stirnhöhlenempyem die Eröffnung von aussen.

Richards (Fall River) betont, dass eine möglichst weite Oeffnung nach der Nase zu gemacht und alle Siebbeinzellen entfernt werden müssen.

Freer (Chicago) empfiehlt für das Oberkieferempyem die Operation von der Nase aus.

Bryan (Washington) hat in der Mehrzahl der Fälle von Stirnhöhlenempyem eine Heilung durch die conservative Methode erzielt. Die Killian'sche Operation macht er nicht; denn er hat Fälle gesehen, bei denen eine sehr starke Deformität vorhanden war und bei denen auch die Heilung zweifelhaft war.

Coffin (New-York) hat in mehreren Fällen die Killian'sche Operation gemacht und bevorzugt sie für die mit Siebbeinempyem complicirten Fälle. Be-

züglich des Werthes einer Operation des Keilbeinempyems durch das Antrum hindurch hat er Zweifel.

Emil Mayer (New-York) macht auf die Fälle von acuter Stirnhöhleneiterung aufmerksam, die eine sofortige Operation von aussen her indiciren. Er beschreibt das im St. Sinai Hospital geübte Verfahren zur Aufnahme von Röntgenbildern.

Alexander W. Mac Coy (Philadelphia): Ein weiterer Beitrag zum klinischen Studium des Heufiebers und die Pollantinbehandlung.

Redner giebt seine Erfahrungen mit dem Dunbar'schen Serum wieder. Aus dem Verlauf der Discussion geht hervor, dass die Frage über den Werth des Pollantin noch als offen zu betrachten ist.

Charles H. Knight und James F. Mc.Kernon (New-York): Partielle Turbinectomie mit nachfolgender acuter Mastoiditis und Sinusthrombose.

Im Anschluss an ihren Fall sprechen Redner die Vermuthung aus, dass derartige Fälle nicht so sehr selten seien. Es wird auf einen Vortrag hingewiesen, den Packard in der vorjährigen Sitzung gehalten hatte. In dem mitgetheilten Fall war die Quelle der Infection schwer bestimmbar. Die gewöhnlichen Rücksichten in Betreff Reinlichkeit und Antisepsis waren beobachtet worden. Während des ganzen Verlaufs der Krankheit war weder Schüttelfrost noch Nausea oder Erbrechen vorhanden.

Thomas Hubbard (Toledo): Behandlung der acuten Entzündungen der Nasennebenhöhlen.

H. hat gefunden, dass eine Lösung von Kalibikarbonat in Kamphorwasser bei der Behandlung sehr wirksam sei. Bei schweren Entzündungen soll man feuchte Wärme in folgender Weise anwenden:

Man bedeckt die Augen mit trockenen Wattebäuschen und macht über das Gesicht Breiumschläge so heiss, wie sie vertragen werden können und wechselt die Umschläge stündlich viermal ungefähr 2 Stunden lang. Dann trocknet man das Gesicht ab und bedeckt es mit einer Maske aus gesteppter Watte, in die Löcher für die Augen geschnitten sind. Nach dieser Behandlung werden die Beschwerden bald erleichtert werden. Die Behandlung soll mit 2—4stündigen Unterbrechungen wiederholt werden. Bisweilen ist es nöthig, die Behandlung noch einige Zeit einmal täglich fortzusetzen. In den Intervallen zwischen den Wärmeapplicationen reibt man Gesicht und Kinn mit einem Vasogen-Kamphor-Chloroformpräparat ein und bedeckt es mit der Maske. Der Gebrauch einer Nasenrachendouche ist streng verpönt, ebenso die kritiklose Anwendung von kalten Nasensprays. Jede in die Nase eingespritzte Flüssigkeit soll warm sein. H. beschreibt eine Methode zur Anwendung von Douchen, bei der ein Herabfliessen der Flüssigkeit in den Nasenrachen vermieden wird und die sich für manche Fälle von Sinusitis vortrefflich eignet. Da bei jedem Schnupfen die Sinusitis zu Recidiven neigt, so muss in der Zeit nach dem Schnupfenanfall für freien Abfluss in der Nase gesorgt werden.

Arthur Amas Bliss (Philadelphia): Septumverbiegungen bei Kindern.

B. bespricht die Ursachen, Symptome, conservative und radicale Therapie

der Septumverbiegungen bei Kindern. Er zeigt Photographien von drei Gummiröhren, die als Stützen für das Septum nach Resectionen gedient hatten.

Harris spricht über die Methode, zur Beseitigung beginnender Septumverbiegungen die Zähne gerade zu richten.

Richards sieht die Aetiologie in entwickelungsgeschichtlichen Ursachen.

Price Brown: Er durchschneidet das Septum mit parallelen Incisionen oder indem er von hinten nach vorn es durchsägt, legt eine Gummischiene ein, bis diese von selbst ausgestossen wird, was in 2—3 Wochen erfolgt.

Emil Mayer hat die Erfahrung gemacht, dass die Gummieinlagen oft irritirend wirken. Eine der hauptsächlichen Ursachen für Deviationen sieht er in adenoiden Vegetationen, deren Entfernung oft zur Heilung führt.

E. F. Ingals hat bei seinen Patienten constatiren können, dass sie das Gummirohr in der Nase nicht vertrugen. Er meint, es müsste leicht sein, eine solides Gummistück in Wasser zu erweichen, dass es für den individuellen Fall passe.

C. H. Watson hält einfache Druckwirkung für die Beseitigung von Deformitäten nicht für ausreichend; es muss vielmehr zu diesem Zweck operirt werden.

C. W. Richardson glaubt nicht, dass eine Beseitigung der adenoiden Vegetationen die Entwickelung von Septumverbiegungen aufhält. Bei Kindern soll man sich vor einer Uebercorrection hüten. Wenn möglich, soll man bis zum 12. bis 14. Lebensjahre warten.

Bliss ist stets mit der Anwendung der Gummiröhren zufrieden gewesen.

Price-Brown (Toronto): Sarkom der Nase.

B. stellt einen Fall vor und berichtet über zwei andere. Im ersten Fall ist die Operation vor 10½ Jahren gemacht worden und Patient befindet sich völlig wohl. Im zweiten handelt es sich um einen 50jährigen Mann, bei dem die Geschwulst von der linken Seite der Lamina perpendicularis ausging. Sie wurde wie im ersten Fall auf galvanokaustischem Wege entfernt. Bis jetzt sind zwei Jahre und neun Monate seit der Operation vergangen, ohne dass sich ein Recidiv gezeigt hat. Ueber den dritten Patienten ist bereits vor 2 Jahren berichtet worden. Pat. ist mehrere Jahre lang unter Beobachtung gewesen, der Tumor recidivirte mehrere Male, jedes Mal konnte jedoch eine mehrere Monate anhaltende Besserung erzielt werden. Nach dem ersten Eingriff war ein 4 Monate anhaltendes Intervall völliger Gesundheit, nach dem zweiten ein solches von 6 Monaten, nach dem dritten hielt die Besserung 9 Monate lang an. Augenblicklich ist keine Spur von Recidiv vorhanden. Jedes Mal war mit dem Galvanokauter operirt worden.

George B. Hope (New York): Tonsillotomie, die Grundlage für die Behandlung von Tonsillarerkrankungen.

H. ist für principielle Entfernung der Tonsillen, da sie keine Function erfüllen, sondern nur als Eingangspforte für Infectionen dienen.

Emil Mayer (New York): Ein ungewöhnlicher Fall von Oedema glottidis.

Patient war ein 51 jähriger Mann, der wegen Dyspnoe ins Krankenhaus ge-

bracht wurde. Er hatte chronischen Husten mit schleimig-eitrigem Ausfluss, der niemals blutig war. Syphilis war in der Anamnese nicht vorhanden. Die Dyspnoe trat plötzlich auf. Pat. konnte nur flüstern. Als er in das Krankenhaus gebracht wurde, war die Athemnoth sehr hochgradig; Lippen und Fingerspitzen waren cyanotisch. Es bestand profuser schleimiger Auswurf, der Athem war fötid, die Epiglottis konnte als starrer harter Körper gefühlt werden. Als M. ihn 2 Stunden nach der Aufnahme sah, war starke inspiratorische Dyspnoe vorhanden; bei jeder Inspiration hörte man einen gurgelnden Laut und grosse Quantitäten Schleim wurden ausgeworfen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine grosse glänzende Masse an der Zungenbasis auf der rechten Seite; sie füllte den ganzen Sinus piriformis auf dieser Seite aus und breitete sich über die Epiglottis in solcher Ausdehnung aus, dass nur auf der linken Seite ein schmaler Spalt zum Athmen blieb. Intralaryngeale Untersuchung war unmöglich. Es wurde eine acute septische Entzündung diagnosticirt. Nach vorheriger Cocainisirung wurde mit einem Hartmann'schen Kehlkopfmesser eine tiefe Incision gemacht, worauf sich eine Menge dicker blutiger übelriechender Flüssigkeit entleerte. Abwechselnd wurde ein Adrenalinspray (1 : 15000) und Dampfinhalationen angewandt. Die Athmung besserte sich allmälig und am zweiten Tage war jede Athemschwierigkeit verschwunden. Jetzt zeigte die laryngoskopische Untersuchung einen grossen weissen Sack da, wo das Oedem seinen Sitz gehabt hatte. Ein Theil davon wurde entfernt und die Untersuchung ergab die Anwesenheit von Staphylococcus albus und Streptococcus. Die Dysphagie wurde gleichfalls geringer und man sah nun eine solide Neubildung im Sinus piriformis, die drei Viertel der Epiglottis bedeckte, aber nicht an diese adhärirte und Athmung und Deglutition nicht erschwerte. Die Halsdrüsen waren nicht vergrössert. Pat. wurde entlassen und ambulatorisch weiter behandelt. Untersuchung zweier Geschwulstpartikel ergab nur Bindegewebe. Eine 6 Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Mehr als die Hälfte der Epiglottis auf der rechten Seite war verloren gegangen und es hatte sich ein Adhäsionsband gebildet, das über den seitlichen pharyngo-laryngealen Raum dieser Seite verlief. Der übrig gebliebene Theil der Epiglottis auf der linken Seite stand aufrecht wie ein Zeigefinger und hier waren zwei Adhäsionsbänder vorhanden, die von der Epiglottis zur seitlichen Rachenwand gingen. Pat. schien sich vollkommen wohl zu befinden. Der interessante Punkt in dieser Krankengeschichte bestand darin, dass ein Oedem sich auf dem Boden einer hereditär syphilitisch erkrankten Epiglottis entwickelt hatte; letztere hatte niemals irgend welche Symptome gezeigt, ausser einem Husten, der 28 Jahre lang bestand. Pat. gab an, dass Flüssigkeiten beim Schlucken häufig während der letzten Jahre durch die Nase gekommen waren. Der Fall zeigt, wie durch tiefe Incisionen und Adrenalinanwendung die Tracheotomie eventuell vermieden werden kann.

Francis B. Packard (Philadelphia): Ein Fall von Vaccination der Nase.

Demonstration einer Photographie. Pat. hatte mit dem Finger die Impfpustel und dann die Nase berührt.

Walter F. Chappell (New York): Bericht über den weiteren Verlauf eines vor 2 Jahren demonstrirten Falles von Kehlkopfepitheliom.

Es war die Thyreotomie gemacht worden. Seitdem ist die Tracheotomie und Laryngectomie gemacht worden. Pat. geht es sehr gut, er unterhält sich auf 6 Fuss Entfernung.

Zum Vorsitzenden der nächsten Sitzung wird J. W. Gleitsman (New York) gewählt.

Emil Mayer.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Hofrath Prof. Dr. L. von Schrötter in Wien ist zum Ehrenmitgliede des Vereines für innere Medicin, sowie des ärztlichen Vereines in München ernannt worden.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien 1908.

Im Jahre 1908 werden es 50 Jahre sein, dass die klinische Laryngologie und Rhinologie durch Türck-Czermak in Wien begründet wurden. Es darf wohl angenommen werden, dass die Fachgenossen aller Länder Werth darauf legen, dass diese fünfzigjährige Jahreswende eines für die medicinische Wissenschaft so bedeutungsvollen Ereignisses nicht stillschweigend übergangen wird. Von dieser Ueberzeugung, sowie von einem naheliegenden localpatriotischen Gefühle geleitet, hat die „Wiener laryngologische Gesellschaft" den Beschluss gefasst, in der Osterwoche des Jahres 1908 (d. i. von Dienstag dem 21. bis Samstag dem 25. April 1908) einen

Internationalen

Laryngo-Rhinologen-Congress

in Wien zu veranstalten. Bei diesem festlichen Anlasse werden wir die Gelegenheit finden, das halbhundertjährige Jubiläum unserer Specialwissenschaft in würdiger Weise zu feiern.

Das geschäftsführende Comité beehrt sich hiermit, zur Theilnahme an diesem Congresse einzuladen und bittet um gefällige baldige Zusage.

Wien, Jänner 1906.

Secretär:
Professor Dr. M. Grossmann,
IX., Garnisongasse 10.
Wien.

Präsident:
Professor Dr. O. Chiari,
I., Bellariastrasse 12.
Wien.

Die Türck-Czermak-Feier in Wien 1908 wird unter dem Ehrenpräsidium von Hofrath Prof. Dr. L. von Schrötter stattfinden.

American Laryngological Society.

The Twenty-eighth Annual Congress of the American Laryngological Association will be held under the Presidency of Dr. J. W. Gleitsmann, at Niagara Falls, on Thursday, May 31st; Friday, June 1st. and Saturday, June 2nd, 1906. The Headquarters of the Congress will be at the New Prospect House.

All Fellows desiring to present papers should send the titles thereof to the Secretary not later than May 1st. Papers should be prepared in duplicate so that a copy may be handed to the Secretary at time of reading.

At a recent meeting of the Council it was voted to recommend the following candidates for Active Fellowship in the Association:

Dr. W. L. Ballenger, Chicago, proposed by Drs. Casselberry and Swain.
Dr. C. R. Holmes, Cincinnati, proposed by Drs. Kyle and Mayer.
Dr. D. Crosby Greene. jr., Boston, proposed by Drs. Langmaid and Clark.
Dr. N. H. Pierce, Chicago, proposed by Drs. Ingals and Freer.
Dr. J. R. Winslow, Baltimore, proposed by Drs. Johnston and Hartman.

The circular containing full details of the Congress will be issued about April 15th.

Very truly yours,

James E. Newcomb, M. D.,
Secretary,
118 West 69th Street.
New York.

Eine Berichtigung.

In meinem Referat über einen Aufsatz von H. Tilley, No. 1, 1905, S. 12, ist versehentlich der in Anführungszeichen stehende Absatz, beginnend mit: „Die Infection —“ und endigend mit „vereitelt werden.“ Herrn Tilley zugeschrieben worden, während er thatsächlich ein Citat aus Grünwald's „Naseneiterungen“ darstellt.

James Donelan.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, April. 1906. No. 4.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Henry L. Swain. Die Localbehandlung bei Neurosen der oberen Luftwege. (The local treatment of neuroses of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 12. August 1905.*

Verf. zieht besonders die Krankheiten vom Typus des Heufiebers in den Kreis seiner Betrachtungen. Er glaubt, dass sehr viel durch tägliche Reinigung der Schleimhaut mit physiologischer Kochsalzlösung geschehen kann, um nach Operationen baldige Heilung herbeizuführen und chronische Hyperämie zu beseitigen. Unter Gebrauch von Douchen, Sprays, Borsäureinsufflationen kann einfache Hypertrophie allmälig abnehmen. Eingreifendere Maassnahmen sollten nur vorgenommen werden, wenn besondere Indicationen vorliegen; man soll sich hüten, das Flimmerepithel zu häufig zu verletzen. Heufiebersymptome sind am häufigsten auf Veränderungen an der mittleren Muschel, dem vorderen und oberen Theil des Nasenseptum zurückzuführen. Alles, was die Nasenpassage verlegt und die Athmung behindert, soll beseitigt werden. Es empfiehlt sich, Operationen nicht während der Heufieberperiode vorzunehmen, sondern sich auf einfache Localbehandlung zu beschränken.

LEFFERTS.

2) **B. M. Behrens. Beobachtungen über Katarrh und Prädisposition oder Reflextheorie versus Katarrhtheorie. (Observations on catarrh and praedisposition or reflex versus catarrh theory.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Die Möglichkeit, durch Cauterisirung gewisser hyperästhetischer Zonen der Nasenschleimhaut die Circulationsverhältnisse im Auge, Ohr und oberen Luftwegen zu bessern, gestattet nur den einen Schluss, dass Reizung der Nervenfasern in der Nase den Hauptfactor bei der Entstehung einer reflectorischen Congestion abgiebt, während weiterhin die Thatsache, dass eine Verbesserung der Ernährungsbedingungen der Nase pari passu mit der Elimination der Hyperästhesie fortschreitet, beweist, dass die der schlechten Ernährung zu Grunde liegende pathologische Ursache nur in der Reflexcongestion zu suchen ist, die durch eine Parese des vasomotorischen Centrums bedingt wird. Die mit sensorischen und sympathischen

Nervenfasern reichlichst versehene Nasenschleimhaut ist von frühster Kindheit an den klimatischen Wechselfällen und den Einflüssen verunreinigter Luft ausgesetzt: dem Inspirationsstrom entsprechend finden wir daher die frühesten Anzeichen der Hyperästhesie an der mittleren Muschel.

EMIL MAYER.

3) **Thomas H. Halsted. Angioneurotisches Oedem der oberen Luftwege. (Angioneurotic oedema involving the upper respiratory tract.)** *American Journal Med. Sciences. November 1905.*

Verf. theilt drei Fälle mit und giebt ein gutes Resumé über die Literatur des Gegenstandes.

A. LOGAN TURNER.

4) **Leo Katz** (Kaiserslautern). **Bemerkungen zur Reflexepilepsie von Erkrankungen der oberen Athmungsorgane.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Unter Hinweis auf 3 in extenso angeführte Fälle und unter kritischer Besprechung der einschlägigen Literatur weist Autor darauf hin, wie schwierig oft die Differentialdiagnose zwischen Reflexepilepsie und Hysterie zu stellen ist, und giebt der Vermuthung Ausdruck, dass eine „grosse Anzahl der als Nasenepilepsie beschriebenen, geheilten Fälle auf das grosse Conto der Hysterie gehört". Details müssen im Original nachgelesen werden.

HECHT.

5) **Wendell C. Phillips. Bericht über einen Fall von Melanosarkom mit Erscheinungen in Nase, Nasenrachen, Mund, Pharynx und Larynx. (The report of a case of melanotic sarcoma with manifestations in the nose, nasopharynx, mouth, pharynx and larynx.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

6) **Sir Felix Semon. Eine Vorlesung über einige ungewöhnliche Erscheinungen der Syphilis in den oberen Luftwegen. (A lecture on some unusual manifestations of syphilis in the upper air passages.)** *British Medical Journal. 13. Januar 1906. p. 16.*

In diesem vor der London Policlinic gehaltenen Vortrag geht Verf. auf eine frühere Publication von ihm über dasselbe Thema zurück. (Ueber einige seltene Symptome der Syphilis in Larynx und Trachea. Lancet 1882.) Wenn er auch den fest gegründeten Glauben an das System, nach dem die Syphilis in ein primäres, secundäres und tertiäres Stadium eingetheilt wird und für die ersten beiden Quecksilber, für das letzte Jodpräparate verordnet werden, nicht umstossen will, so hält er es doch für gerathen, darauf aufmerksam zu machen, dass es Fälle giebt, bei denen es sich empfiehlt, nicht zu sehr an dieser starren Eintheilung festzuhalten. Um dies zu illustriren, giebt er eine sehr detaillirte Beschreibung von vier Fällen, die er in seiner Privatpraxis beobachtet hat, über die sich im Rahmen eines Referates nur summarisch berichten lässt.

1. Frühform einer tertiären Syphilis des Halses und der Zunge: maligne Form. Pat. hatte vor einem Jahr einen harten Schanker gehabt und war mit grossen Hg-Dosen behandelt worden. Es traten keine Secundärerscheinungen auf; doch bestand eine sehr heftige Salivation. Es zeigten sich grosse Ulcerationen auf Tonsillen und Zunge, die Uvula wurde zerstört und im Gaumen

bildeten sich zwei Perforationen. Eine Autorität auf dem Gebiet der Syphilidologie erklärte, dass es sich um einen Fall von Syphilis mit phagedänischem Charakter handle und verordnete Jodkali; Patient war jedoch nicht im Stande, das Mittel in der gebräuchlichen Dosis zu nehmen. In diesem Stadium sah Semon den Fall und erklärte ihn für eine ungewöhnlich frühe Form von tertiärer Syphilis. Er riet dem Patienten, nach Aachen zu gehen. Dort wurde er mit Jodipin behandelt, doch gleichfalls ohne Erfolg. Der Aachener Arzt hielt den Fall für einen solchen von maligner Syphilis, bei denen Jodpräparate eine tuberculin-ähnliche Reaction im Gefolge haben. Es wurde eine Zittmann-Kur mit ausgezeichnetem Erfolg eingeleitet. Während 26 Tage nahm Patient Morgens 200 g des starken und Abends 200 g des schwachen Zittmann'schen Decocts, dann nahm er 10 Tage lang das Kobert'sche Sarsaparilladecoct und schliesslich wieder zwei Wochen hindurch das Zittmann'sche Decoct. Als Verf. den Patienten nach seiner Rückkehr aus Aachen sah, waren alle Geschwüre geheilt, sein Gesundheitszustand hatte sich erheblich gebessert und ist seitdem gut geblieben. Der Hausarzt hatte geglaubt, dass die schweren Symptome auf Mercurialvergiftung zurückzuführen seien.

2. Tertiäre Syphilis des Larynx und der Trachea mit nachfolgender Isolation der tertiären Syphilis im Nasenrachenraum. Es handelte sich um eine verheirathete Dame von untadligem Ruf. Sie war aphonisch; die linke Stimmlippe war fixirt und geschwollen und im hinteren Theil nach aussen gekrümmt. Das rechte Stimmband war von weisser Farbe und bewegte sich in normaler Weise. Im Sputum fanden sich keine Tuberkelbacillen. In der Trachea sah man eine grosse Strecke hinab eine rothe Vorwölbung, die auf der linken Seite stärker war und das Lumen verengte und Dyspnoe verursachte. Es bestand ein Hautausschlag. Trotzdem in der Anamnese jeder Hinweis auf Syphilis fehlte, diagnosticirte Semon eine gummöse Infiltration des Larynx und der Trachea. Unter combinirter Hg- und Jodbehandlung nahm der Stridor ab; später wurden Hg-Inunctionen nach Zeissl verordnet. Unter diesen Maassnahmen besserte sich der Zustand erheblich und die Besserung wurde durch eine Aachener Cur vervollständigt, nachdem inzwischen noch eine isolirte gummöse Infiltration im Nasenrachenraum aufgetreten war.

3. Frühzeitige fibroide Infiltration des Pharynx und Larynx in einem Fall von hartnäckig recidivirender secundärer Syphilis.

Pat. hatte Jahre hindurch eine grosse Neigung, von Tonsillitis und Pharyngitis befallen zu werden. Er acquirirte einen harten Schanker, der mit Hg behandelt wurde. Secundäre Erscheinungen waren kaum wahrnehmbar. Ungefähr 6 Monate nach der Infection wurde seine Stimme heiser und er bekam Dysphagie. Semon fand in dieser Zeit eine Plaque muqueuse auf der rechten Tonsille. Im Larynx sah man eine diffuse Verdickung der Epiglottis und der Aryknorpel; die Stimmlippen waren congestionirt. Dieser Zustand blieb trotz innerlicher Anwendung von Hg bestehen und Pat. wurde nach Aachen geschickt, wo er einer energischen Schmiercur unterworfen wurde. Er kehrte gebessert zurück, jedoch bald danach zeigten sich Plaques im Pharynx, eine Roseola der Haut und eine erhebliche Zunahme der Kehlkopfinfiltration. Es wurde nun das Kobert'sche Sarsaparilladecoct angewandt, jedoch ohne Erfolg. Verf., der sich bis dahin aus

Furcht vor einer Zunahme des Kehlkopfödems gescheut hatte, Jodkali zu geben. verordnete es jetzt mit Erfolg und Pat. wurde wieder hergestellt.

4. Tertiäre Syphilis des Kehlkopfs, sich besonders in periodischer Entzündung mit Bildung papillomatöser Excrescenzen zeigend.

Pat. litt lange Zeit hindurch an hartnäckiger Heiserkeit. Dreizehn Jahre zuvor hatte er einen harten Schanker gehabt, auf den häufige Hautauschläge und Zungengeschwüre folgten. Es bestand eine starke entzündliche Verdickung der Zunge, besonders am freien Rande derselben. Die Schleimhaut über den Aryknorpeln war entzündet und verdickt, der linke Aryknorpel teilweise fixirt und die Stimmlippen kolbig verdickt, aber nicht ulcerirt. Pat. wurde nach Aachen geschickt und dort durch eine Inunctionscur erheblich gebessert. Ungefähr 15 Monate später sah ihn Verf. wieder. Pat. hatte jetzt inspiratorischen Stridor und auch einige Erstickungsanfälle durchgemacht. Die laryngeale Verdickung und Geschwürsbildung hatte erheblich zugenommen und Semon erachtete den Fall als eine schwere fibröse syphilitische Laryngitis, die schliesslich wahrscheinlich Tracheotomie erfordern würde. Der Charakter der Erkrankung veränderte sich jedoch insofern, als an Stelle der tiefsitzenden fibrösen Infiltration periodisch auftretende blasse Excrescenzen von condylomatösem, häufiger jedoch papillomatösem Charakter an fast allen Theilen des Larynx aufschossen. Sie erschienen und verschwanden in merkwürdigster kaleidoskopartiger Weise. In mehreren Jahren, während deren Verf. den Patienten zeitweise aus den Augen verlor, wechselte der Zustand häufig, schliesslich musste jedoch auswärts die Tracheotomie vorgenommen werden und in einer Reihe von endolaryngealen Eingriffen wurde eine Menge laryngealer Geschwülste entfernt. Zur Zeit steht das linke Stimmband fast bewegungslos der Mittellinie angenähert und wird nur bei forcirter Inspiration leicht abducirt. In seinem vorderen Drittel ist es mit dem rechten Stimmband adhärent. Letzteres ist mit dem rechten Taschenband zu einer röthlichen Geschwulstmasse verschmolzen. Augenblicklich ist kein activer Krankheitsprocess im Larynx vorhanden und über ein Jahr lang sind keine activen Symptome von Syphilis zu verzeichnen gewesen. Trotzdem ist Semon der Ansicht, dass die Canüle vorläufig noch nicht entfernt werden darf. Verf. sieht in diesem Fall das ungewöhnlichste Beispiel von syphilitischer Erkrankung der oberen Luftwege, dem er je begegnet ist und er hat auch in der Literatur keinen ähnlichen auffinden können.

Der Vortrag schliesst mit einer epikritischen Betrachtung der vier mitgetheilten Fälle.

JAMES DONELAN.

7) **Moskovitz. Spätsyphilis der oberen Athmungsorgane und deren Behandlung.** *Orvosok Lapja. No. 38.*

Beschreibt die häufigsten Formen der Spätsyphilis der Nase, des Rachen und Kehlkopfes. Giebt dem Jod unbedingt den Vorrang vor dem Quecksilber.

v. NAVRATIL.

8) **B. Moncayo** (Valencia). **Behandlung der Syphilis. (Tratamiento de la sifilis.** *Revist. Valencian de Cirug. Medic. No. 100. 1905.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

9) **J. A. Stucky. Syphilitische Erscheinungen in Nasenrachen, Ohr und Mundhöhle. (Syphilitic manifestations in naso-pharynx, ear and buccal cavity.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Klinische Beobachtung über Behandlung der luetischen Affectionen des Mundes, des Rachens und des Kehlkopfes, sowie der Nasenhöhlen. R. BOTEY.

10) **Stotzer** (Büren-Bern). **Das Alypin, ein neues Localanästheticum.** *Dissert. Bern 1905.*

Eingangs Besprechung der Theorie der Localanästhesie, welche das Ergebniss mechanischer (Druck, Osmose) und chemischer (Oxydationshemmung) Veränderungen im Nervengewebe wäre, sowie der Quaddelprüfung für Hautanästhesie nach Schleich. Das Alypin ist aus Spaltungsversuchen hervorgegangen, welche mit Cocain gemacht wurden. Es krystallisirt schön (?) und löst sich sehr leicht in Wasser. Die Lösungen sind vollkommen neutral und werden zu subcutaner Injection verwendet: z. B. $^1/_2$—1 ccm einer 1—5 proc. Lösung. Einspritzung bei Thieren in den N. ischiadicus mit $^1/_3$ ccm 1 proc. Lösung erzeugt nach 5 Min. totale Aufhebung der Reizbarkeit.

An Menschen wurde bei Zahnextractionen bis zu 15 Zähnen und kleinen Operationen mit den angegebenen Lösungen sehr befriedigende Anästhesie erreicht. Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Alypin ist dem Cocain für Localanästhesie ebenbürtig, bezügl. der übrigen Eigenschaften überlegen.
2. Alypinlösungen lassen sich ohne Zersetzung auf 120° auskochen.
3. Die Lösungen bleiben viele Monate lang gleich wirksam.
4. Alypin macht keine Aufregung, keinen Schwindel, keine Congestion.
5. Die Einspritzungen reizen die Haut nur wenig.
6. Das Alypin wird sich billiger stellen als das Cocain. JONQUIÈRE.

11) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Alypin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1905.*

Verf. äussert sich über die Eigenschaften des (von den Elberfelder Farbenfabriken producirten) neuen Localanästheticums Alypin sehr beifällig. Er hält es für einen vollwerthigen Ersatz des Cocains, dem es in Bezug auf anästhesirende Wirkung vollkommen gleichkäme. Dabei sei es weniger giftig und billiger. — Eine anämisirende Wirkung kommt dem Präparat nicht zu. ZARNIKO.

12) **Hennebert** und **Delstanche. Ueber das Aethyloform. (De l'éthyolforme.)** *La Clinique. No. 38. 1905.*

Dieses Product ist eine Mischung von Bromäthyl, Chloräthyl und Chlormethyl, Die Autoren haben sich bei ihren Versuchen der Maske von Lobjois bedient. Der Schlaf tritt nach 20 Secunden ein und dauert 30—40 Secunden. Plötzliches und vollständiges Erwachen ohne Nebenaffecte. Die Versuche scheinen bislang ziemlich befriedigende Resultate zu ergeben. BAYER.

13) **Fynaut. Ueber die Behandlung von Mund- und Zahninfectionen vermittelst Sauerstoffgas. (Du traitement des infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux.)** *La Clinique. No. 46. 1905.*

F. bedient sich der von Thirier angegebenen Sauerstoffbehandlung bei

Mund- und Zahninfectionen wie insbesondere bei Zahncaries etc., giebt eine genaue Beschreibung seines Vorgehens. Er hat die Methode angewandt bei acuter Pulpitis, indem er vermittelst der Pravaz'schen Nadel den O auf die Pulpa strömen lässt, die kleine wenig schmerzhafte Operation wird leicht ertragen und schafft sofortige Erleichterung, bei penetrierender Caries IV. Grades, in 50 Fällen mit Erfolg; bei Zahnfisteln: in 22 Fällen Heilung ohne Recidive; im Durchschnitt genügen 5 Minuten von O-Insufflationen zur Radicalcur der Zahnfisteln: dieselben werden abwechslungsweise in die Zahnkanälchen und in die Fistelöffnung gemacht; ferner bei suppurativen Arthritiden, diversen Abscessen und Phlegmonen; die Pravaz'sche Nadel wurde in das infiltrirte Gewebe eingesteckt, der O injicirt, wodurch ein künstliches Emphysem hervorgerufen wird. Diese Methode setzte ihn in den Stand, schon wackelnde von Eiter umspülte Zähne zu erhalten.

BAYER.

14) **E. De Cneuville. Die Kohlensäurebehandlung der Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenaffectionen zu Spa. (La médication par le gaz carbonique, à Spa des affections de la gorge, du nez, des oreilles et des yeux.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1905. La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 4. 1905.*

Der Autor behandelt in seiner Arbeit 1. die physiologischen Eigenschaften der CO_2, 2. die Bereitung und Entstehung der CO_2, 3. die Anwendungsweise und 4. die Eigenschaften therapeutischer Anwendungen derselben.

Diese Capitel sind in ihren physischen, chemischen und mechanischen und instrumentellen Einzelheiten ausgeführt. Bei den letzteren hat der Autor die allgemeine und locale Action des medicamentösen Agens auf die Specialaffectionen im Auge. Er führt einen Fall von Ozaena an, der dank warmer Pulverisationen mit dem Mineralwasser gefolgt von Kohlengasdouchen gebessert worden(?). Jedoch glaubt er nicht, von einer vollständigen Heilung sprechen zu können. — Er führt noch eine andere persönliche Beobachtung von mit CO_2 geheilter chronischer Rhinitis an und vervollständigt dieses Capitel, indem er die Anschauungen und Theorien der verschiedenen Autoren über diesen Gegenstand wiedergiebt.

BAYER.

15) **E. Yonge. Ein elektrischer Apparat zur Vereinfachung der Hals- und Nasenuntersuchung. (An electrical apparatus for simplifying the examination of the throat and nose.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Der Apparat besteht in einer elektrischen Stirnlampe, die bei Stadtanschluss benutzt werden kann. Illustrirt. Angefertigt bei Woolley, Victoria Bridge, Manchester.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1905.*

Sondermann empfiehlt seine Saugmaske behufs Wegsammachung der Nase. Bei ganz kleinen Kindern, bei denen der Abschluss des Nasenrachenraumes weder durch Intonation der entsprechenden Vocale oder Worte, noch durch den Schluck-

act ermöglicht werden kann, wird ein genügender Abschluss meist schon durch das Schreien der Kinder erreicht, wobei der weiche Gaumen sich genügend fest an die hintere Rachenwand anlegt. Neben der mechanischen Reinigung tritt auch ein erhebliches Zurückgehen der Schleimhautschwellungen ein. Der Saugapparat ist von der Firma Kühne, Sievers und Neumann, Cöln-Nippes zu beziehen. Preis des Apparates für Kinder Mark 7,70.

HECHT.

17) **O. Muck** (Essen). **Ueber eine Vorrichtung zum Ansaugen von Sekreten aus den Nebenhöhlen der Nase.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1905.*

Modification der Sondermann'schen Methode in der Weise, dass eine nach Angaben des Autors angefertigte Saugflasche in den Introitus der einen Nasenseite luftdicht eingeführt und — unter entsprechendem Verschluss der anderen Nasenseite und des Nasenrachenraumes — etwaiges Secret angesaugt wird. Die Flasche ist in der Arbeit abgebildet und die Technik eingehend erörtert.

HECHT.

18) **Arthur Honneth. Ueber den Werth des „Sondermann'schen Saugapparates„ zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 49. 1905.*

Honneth prüfte in der Eschweiler'schen Klinik die Sondermann'sche Methode nach und kommt zu dem Schlusse, dass der diagnostische Werth derselben ein vorzüglicher, dass dieselbe nicht nur die allgemeine, sondern auch die specielle topische Diagnose ermögliche. Autor berichtet in extenso über eine Reihe von Fällen, die er in zwei Gruppen gesondert, als „manifeste Empyeme“ und „empyemverdächtige Fälle“ bespricht. Bei letzteren Fällen ermöglicht der negative Ausfall der Saugmethode differentialdiagnostisch das Ausschliessen eines Nebenhöhlenempyems. In therapeutischer Hinsicht mag die Methode die Heilung akuter Sinuitiden begünstigen, eine Heilung chronischer Empyeme ist durch sie nicht zu erzielen.

HECHT.

19) **C. A. L. Zegers** (Batavia). **Die Serumbehandlung des Heufiebers. (De serumbehandeling van de horikoorts.)** *Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië. XLV. 5.*

Während vasomotorische Coryza in Niederländisch Indien sehr häufig vorkommt, wird allgemein angenommen, dass Heufieber dort nicht vorkomme. Z. verfügt über zwei Krankengeschichten von Personen, die nur zur Zeit der Reisernte den ganzen Symptomencomplex zeigten. Die Giftigkeit der Reispollen für Heufieberpatienten ist in Dunbar's Laboratorium nachgewiesen worden. Uebrigens macht Z. darauf aufmerksam, dass in Indien die Periode der Grasblüthe niemals endet, und auch zahlreiche Blumen blühen, deren Unschädlichkeit in Beziehung zum Heufieber nicht nachgewiesen worden ist. Es ist also sehr gut möglich, dass manche Coryza nervosa dort wirkliches Heufieber darstellt. Es ist demnach ganz entschieden angezeigt, mit dem Pollantin zu experimentiren. Zur Zeit ist das Mittel in Niederl. Indien noch nicht zu haben.

Z. wiederholt dann aufs Wärmste seine frühere Empfehlung der Lermoyezschen Atropin-Strychnin-Therapie. Von 42 Patienten hatten 28 (61 pCt.) voll-

ständigen und dauernden Erfolg dieser Medication, d. h. während wenigstens eines Jahres waren sie anfallsfrei geblieben.

H. BURGER

20) **P. H. van Eden** (Leeuwarden). **Heufieber. (Horikoorts.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1294. 1905.*

Verf. construirte sich einen Abschlussapparat für die beiden Nasenlöcher. Derselbe besteht aus einem nach Wachsabdruck angefertigten Gummiring, in welchen mittels eines metallenen Ringes ein Gaze-Watte-Filter hineingepresst wird. Das Filter wird ein oder 2 Mal pro Tag erneuert, und während dieser Procedur die Nase mit einem Wattepfropf verschlossen. Während dieser Verwechslung darf keine einzige Athmung durch die Nase gemacht werden. Mit diesem Apparat ist es v. E. gelungen, dieses Jahr zum ersten Mal in 12 Jahren, die ganze Heufieberperiode psychisch normal und fast ganz anfallsfrei zu bleiben.

H. BURGER.

21) **Stein. Die Dunbar'sche Antitoxinmethode der Heufieberbehandlung. (The Dunbar antitoxine method of treating hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

Eine nichts Neues bietende Auseinandersetzung über die Antitoxinbehandlung.

LEFFERTS.

22) **Hanau W. Loeb. Die Serumbehandlung des Heufiebers. (The serum treatment of hay-fever.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass das Dunbar'sche Serum gegen die lästigen Symptome der Krankheit von Wirkung ist, auch in Fällen, in denen kein eigentlicher Hinweis auf die Anwendung des Mittels bestehe. Ein aus dem Pollentoxin der Ambrosia und Goldrute hergestelltes Antitoxin wird in Amerika wei bessere Resultate haben, als das jetzt in Gebrauch befindliche. Die gewöhnlichen Heufiebersymptome, wie Jucken der Augen, der Nase und des Gaumens, Epiphora und Schnupfen lassen nach richtiger Anwendung des Serums in einigen Tagen nach; die anderen Symptome, wie Rhinorrhoe, Nasenverstopfung, die gewöhnlich von begleitenden Umständen abhängen, können ganz verschwinden oder werden doch meist gebessert. Jedenfalls lässt sich nicht leugnen, dass durch Dunbar ein grosser Schritt vorwärts gethan worden ist, wenn auch noch zahlreiche Probleme zu lösen bleiben.

EMIL MAYER.

23) **G. B. Hope. Das Heufieber als specifische Ethmoiditis betrachtet. (Hay-fever considered as a specific ethmoiditis.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Verf. spricht die sich auf klinische Erfahrungen stützende Vermuthung aus, dass das anatomische Substrat des Heufiebers in einem entzündlichen Zustand der Siebbeinzellen zu suchen sei.

EMIL MAYER.

24) **Lloyd S. Muckey. Heufieber und Asthma. (Hay-fever and asthma.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Verf. wendet sich gegen die Dunbar'schen Anschauungen. Er ist der Ansicht, dass die Anpreisungen des Heufieberserums, von dem es feststeht, dass

es nur ein Palliativmittel sei, als ein Specificum gegen die Krankheit erheblich nach „Commercialismus" riechen. In seinem Eifer lässt sich Verf. zu folgenden Ausführungen hinreissen: „Da der Vertreter der Toxintheorie mit dem Stempel der Autorität auf der Stirn zu uns kam, wurde er mit offnen Armen aufgenommen und sein Evangelium ohne Bedenken verschlungen. Wenn aus angeblich wissenschaftlichen Vereinen zusammengesetzte Körperschaften sich mit derartigen Brodpillen tractiren lassen, blos weil sie „Made in Germany" sind und einen wissenschaftlichen Stempel tragen und wenn sie deren Verfertiger zum Ehrenmitglied ihrer Gesellschaften ernennen, ist es da ein Wunder, wenn die Laien der „Christian Science" zulaufen? „Christian Science" ist weit weniger gefährlich als Pseudo-Wissenschaft". (!!)

EMIL MAYER.

25) E. B. Gleason. **Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay-fever.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Bei praktischer Anwendung lässt das Adrenalin sehr viel zu wünschen übrig, so dass es nicht zu empfehlen ist.

Verf. hat frisch bereitetes concentrirtes Acid. nitro-muriaticum ziemlich ausgiebig bei der Behandlung des Heufiebers angewandt. Die Säure soll in Dosen von 3—5 Tropfen, in einem halben Glase Wasser verdünnt, 1—2 Stunden nach den Mahlzeiten genommen werden. Nach dem Einnehmen soll Pat. den Mund gründlich mit Wasser ausspülen. Wo das Mittel wirkt, zeigt sich dies innerhalb 48 Stunden in dem Nachlassen aller Heufieber-Symptome, so dass Pat., wenn er regelmässig die Säure einnimmt, seiner Beschäftigung ungehindert nachgehen kann. Wird aber einmal das Einnehmen vergessen, so zeigen sich in einigen Stunden die Symptome der Krankheit.

EMIL MAYER.

26) Chas. H Knight. **Bemerkungen über die Behandlung des Heufiebers. (Notes on the treatment of the hay fever.)** *N. Y. Medical News. 23. September 1905.*

Verf. legt in allen Fällen von Asthma grosses Gewicht auf die Untersuchung der Nasenhöhlen. In einigen Fällen von Heufieber hat sich ihm das Dunbar-sche Serum bewährt; er verwirft den Gebrauch von Cocain und ist von Adrenalin nicht sehr eingenommen. Er hat mit gewissem Erfolg die Clarke'sche Lösung gebraucht.

LEFFERTS.

27) A. Rose. **Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 11. November 1905.*

Kohlensäuregas wirkt vasoconstrictorisch, anästhesirend und antiseptisch. Verf. beschrebt die Wirkung auf die Nase wie folgt: Wenn das Gas in Berührung mit der Nasenschleimhaut gebracht wird, so erzeugt es ein zunächst prickelndes, durchaus erträgliches Gefühl, dem eine angenehme erfrischende Empfindung von Wärme und Trockenheit folgt. Die Untersuchung der Nasenschleimhaut zeigt die Sensibilität derartig reducirt, dass sonst schmerzhafte Cauterisationen keinen Schmerz verursachen; dann folgt eine Excitation der Nervenendigungen, die vasomotorische Dilatation und Hypersecretion der Drüsen verursacht. Danach wird die Thätigkeit der Nerven erschöpft, die Gefässe werden constringirt und es tritt wieder Anästhesie ein.

Die besten Resultate wurden erzielt bei der Behandlung hyperästhetischer Rhinitis besonders in der als Heufieber charakterisirten Form. Wenn die Anwendung der Kohlensäure die Coryza vasomotoria nicht völlig heilt, wird es in jedem Fall die entzündlichen Symptome erheblich verringern.

LEFFERTS.

28) **Fr. Blanc. Klinische Variationen in der chirurgischen Behandlung der Septumdeviationen. (Variations cliniques du traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen vorkommenden Arten von Deviationen; die Operationsmethoden theilt er ein in diejenigen, die das Septum durch combinirten Druck oder mittelst Fractur redressiren, dann die Methoden, nach denen das Septum incidirt und dann durch Röhrchen, Plättchen oder dergleichen immobilisirt wird und schliesslich die Resection eines Theils des Septums.

A. CARTAZ.

29) **Gustav Killian. Die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand. (The submucous window resection of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Eine Beschreibung von des Verf. Operationsmethode, die aus den deutschen Originalarbeiten bekannt ist.

EMIL MAYER.

30) **Leon E. White. Resection des Nasenseptums. (Resection of the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 12. October 1905.*

Verf. giebt zuerst einen Rückblick über die historische Entwicklung der Operationsmethoden. Die Zahl seiner eigenen Operationen beträgt 45. Für submucöse Injectionen bedient er sich einer $^1/_4$ proc. Cocainlösung, für die locale Application einer 1 proc. Wenn irgend möglich, wird die vordere verticale Incision gemacht; sie kann, wenn nöthig, nach hinten verlängert werden, sei es nach oben oder unten. W. räth, nicht bei Kindern unter 14 Jahren, alten Leuten, Tuberculösen zu operiren.

EMIL MAYER.

31) **M. Hajek** (Wien). **Einige Bemerkungen zu den Aufsätzen der Herren Dr. Karl Zarniko „Ueber die Fensterresection der Deviatio septi" und Hofrath Dr. E. Müller „Zur Technik der Krieg'schen Fensterresection".**

32) **Otto Freer** (Chigaco). **Zum Aufsatz von Dr. Moriz Weil „Ueber die submucösen Resectionen an der Nasenscheidewand".**

33) **Hermann Stolte** (Milwaukee). **Bemerkung zu Dr. Freer's vorstehendem Aufsatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 183 u. 186.*

Hajek spricht über den Werth der Erhaltung der Schleimhaut der convexen Seite und über die geschichtliche Entwickelung der Krieg'schen Operation. — Freer reclamirt, unterstützt von Stolte, die Priorität für die Construction des für die Operation geeignetsten Knorpelmesserchens.

F. KLEMPERER.

34) **Humblé. Deviationen der Nasenscheidewand. Behandlung. (Déviations de la cloison médiane du nez. Traitement.)** *Annales de la Soc. méd.-chirurg. d'Anvers. November-December 1905.*

H. theilt die Beobachtung von 4 Fällen mit, in welchen er die Hajek'sche

Operationsmethode zur Geraderichtung hochgradiger Nasenscheidewanddeviationen bei Obstruction der Nasenhöhle, welche krankhafte Erscheinungen von Seiten der Nase und des Ohres bedingt hatte, mit Erfolg ausgeführt hat.

BAYER.

35) G. Gavello. **Eine seltene Erkrankung der Rosenmüller'schen Gruben als Ursache von Foetor ex ore. (Una rara lesione delle fossette di Rosenmüller causa di alito fetido.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. 1905.*

Man fand bei der 58jährigen Patientin mittelst der Rhinoscopia posterior auf der rechten seitlichen Pharynxwand, gerade hinter und ein wenig oberhalb der hinteren Tubenwulstlippe einen gelblichen, zehnpfennigstückgrossen Fleck, einen kleineren auf der genau entsprechenden Stelle der linken Seite. Sonst in den oberen Luftwegen nichts anormales. Die aus Nase und Mund exspirirte Athmungsluft hat einen Geruch wie bei Rhinitis caseosa oder bei Syphilis necrotica der Nasenhöhle. Eine Sonde, die durch die Nase bis auf den gelben Punkt in der Rosenmüller'schen Grube eingeführt wurde, drang dort mehr als 2 cm tief in eine weiche Masse ein, welche die Grube ausfüllte. Es wurde constatirt, dass dort der Ursprung des fötiden Geruchs war. Es wurden nun die Rosenmüller'schen Gruben ausgelöffelt; der dabei zu Tage geförderte Inhalt war eine käsige, homogene, gelbgrüne, sehr fötid riechende Masse. Die Auslöffelung wurde mehrere Male wiederholt und dann die Grube mit Jod nachbehandelt. Nach einem Monat war die Heilung vollkommen; doch traten von Zeit zu Zeit Recidive auf, bis Patientin einer intercurrenten Pneumonie erlag. In den ausgekratzten Massen fand sich der Bacillus fluorescens putridus.

FINDER.

36) M. Wunsch (Berlin). **Ueber periodisch wiederkehrende Blutungen aus einer Rachentonsille unmittelbar vor Eintritt der Menstruation.** *Deutsche medic. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Die „Rachentonsille", von der Verf. spricht, war eine Gaumentonsille, auf der er eine linsengrosse Stelle erblickte, die mit geronnenem Blute bedeckt war. Kurz zuvor wollte die Pat., wie jedesmal vor Eintritt der Menstruation, einen Esslöffel voll Blut ausgespieen haben.

ZARNIKO.

37) P. Mc. Bride. **Entzündung der Rachentonsille. (Inflammation of the pharyngeal tonsil.)** *Lancet. 14. October 1905.*

Fälle von lacunärer und folliculärer Tonsillitis der Rachentonsille sind sehr selten oder werden mindestens häufig nicht erkannt. Verf. erwähnt den Fall einer 25jährigen Frau; sie klagte über Halsschmerzen, Schüttelfrost, Fieber. Puls 120. Im Rachen war so gut wie nichts zu sehen, jedoch war das Rachendach mit einem grauen Belag, ähnlich einer Pseudomembran, bedeckt. Diese Symptome hielten 2 Tage lang an; vier Tage später sah man auf der Rachentonsille ein Exsudat, in dem sich zahlreiche Staphylokokken, keine Diphtheriebacillen fanden.

ADOLPH BRONNER.

38) C. S. Means. **Localisation der Tuberculose in der Rachentonsille. (Tuberculosis localized in the third tonsil.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

M. fand bei einem männlichen Erwachsenen auf der Luschka'schen Tonsille kleine Blutgerinnsel; es bestand kein Zerfall oder Geschwürsbildung. Ein

Theil der Tonsille wurde mit der Curette entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Tuberkelbacillen im Gewebe; im Sputum waren bis dahin keine gefunden worden.

EMIL MAYER

39) **Delsaux. Adenoide Wucherungen und Contrarespiratoren. (Végétations adénoides et contre-respiratoires.)** *La Presse Otolary. Belge. No. 11. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belg. Rhino-oto-laryngol. Gesellschaft vom Juni 1904.

BAYER

40) **G. Prota. Laryngismus stridulus und adenoide Vegetationen. (Laringismo stridulo e vegeatazioni adenoidi.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. März 1905.*

Verf. führt 10 Fälle von Laryngismus stridulus (Pseudocroup) an, die illustriren sollen, dass die Anfälle durch die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen bedingt sein können, dass die Entfernung der letzteren die Anfälle zum Verschwinden bringt. Es wird nebenbei die Differentialdiagnose des Laryngismus stridulus gegenüber dem Stridor laryngis congenitus und den Stenosen des Kehlkopfes und der Trachea erörtert.

FINDER.

41) **G. Rancoulé. Ueber Athmungsinsufficienz bei Trägern adenoider Vegetationen. (De l'insuffisance respiratoire chez les adénoidiens.)** *Thèse de Toulouse. 1905.*

Verf. hat den Einfluss der adenoiden Vegetationen auf die Atmungscapacität studirt. Es sind bei den Schulkindern in Toulouse, von denen 8 pCt. adenoide Vegetationen hatten, diesbezügliche Untersuchungen angestellt worden, und es ergab sich, dass die Athmungscapacität bei ihnen um $^1/_5$ geringer war, als bei normalen Kindern.

A. CARTAZ.

42) **Donald M. Bastow. Adenoide beim Erwachsenen. (Adenoids in the adult.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

Die Erfahrungen des Verf.'s belaufen sich auf 57 Fälle im Alter von 20 bis über 40 Jahre. In den meisten Fällen konnte die Diagnose mittels der Rhinoskopia posterior gestellt werden, bisweilen musste aber auch die Digitalexploration zu Hülfe genommen werden. Die Geschwulst war meist ziemlich gross und entsprang gewöhnlich in dem Winkel zwischen hinterer Rachenwand und Rachendach. Sie war gewöhnlich weich, bröcklig, merkwürdig genug gerade bei den älteren Individuen. Männer und Frauen waren im Ganzen gleich betheiligt; unter den Patienten des dritten und vierten Jahrzehnts zeigte besonders das letztere ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, während im fünften Jahrzehnt das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Patienten 2 : 1 beträgt. In 61 pCt. der Fälle waren Symptome von Seiten des Halses vorhanden. Verf. meint, dass adenoide Wucherungen bei Erwachsenen häufiger sind, als gewöhnlich geglaubt wird. Sie bilden eine häufige Ursache des Nasenrachenkatarrhs und scheinen bisweilen auch zu hypertrophischer Rhinitis zu führen. Es sollte auf adenoide Wucherungen in allen Fällen von Ohrerkrankungen und Lungentuberculose untersucht werden.

LEFFERTS.

43) **H. Burger** (Antwerpen). **Die Statistik der adenoiden Vegetationen. (De statistiek der adenoïde vegetaties.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 19. 1905.*

Rapport für die Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Siehe Bericht der Sitzung vom 28. April 1905 (Centralblat 1905, No. 12, S. 535). AUTOREFERAT.

44) **A. M. Davis. Eine Vorrichtung für die Operation der Nasenrachenadenoiden. (A device for the operation on postnasal adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juli 1905.*

Eine sinnreiche Vorrichtung, die transportabel an jedem gewöhnlichen Küchentisch anzubringen ist und ermöglicht, den Patientin ohne Schwierigkeit in die Trendelenburg'sche Lage zu bringen. LEFFERTS.

45) **St. Clair Thomson. Eine Curette für Adenoide. (An adenoid curette.)** *Lancet. 22. Juli 1905.*

Eine modificirte Beckmann'sche Curette mit einem gezähnten Gitter zum Festhalten der Adenoiden versehen. Der Handgriff ist breiter und soll wie ein Dolch gehalten werden. Angefertigt bei Mayer und Melzer. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

46) **St. Clair Thomson. Nasenrachenzange. (Post nasal forceps.)** *Lancet. 9. September 1905.*

Die Zange ist weit kürzer als die sonst gebräuchlichen; sie ist dem von Jurasz beschriebenen Instrument sehr ähnlich. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

47) **K. Toldt jun. Asymmetrische Ausbildung der Schläfenmuskeln bei einem Fuchs infolge einseitiger Kauthätigkeit.** *Zoolog. Anzeiger. Bd. 29. No. 6. S. 176.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

48) **H. Higgins. Ist der Mensch „poltophagisch" oder „psomophagisch?" (Is man poltophagic or psommophagic?)** *Lancet. CLXVIII. 4264. p. 1334 u. 4265. p. 1417.*

Verf. bezeichnet mit Poltophagie Verschlingen der Nahrung ohne Kauarbeit, unter Psomophagie das Schlucken der Nahrung nach Verarbeitung durch Zähne und Speichel. Aus der Arbeit interessirt hier Folgendes: Verf. untersucht die Mechanik der Nahrungsaufnahme, um Menschen, besonders Kranke in der psomophagischen Art des Essens zu unterweisen. Er beschreibt Versuche an Menschen, bei denen die Bewegungen des Gaumensegels durch einen von der Nasenhöhle her eingeführten Hebelarm registrirt werden. Soll in der Mundhöhle positiver Druck hervorgebracht werden, so rückt das Gaumensegel vor, beim Saugen wird es zurückgezogen. 40—50 ccm Wasser können in die Mundhöhle aufgenommen werden, bei vorgeschobener Zunge nur 15—20 ccm. Beim Trinken wird geschluckt,

sobald 10—15 ccm Flüssigkeit in der Mundhöhle sind. Das Gaumensegel weicht beim Schlingen grösserer Flüssigkeitsmengen zurück, beim Schlucken kleiner Mengen rückt es vor. Aus den weiteren Mittheilungen über den „Appetit", die „Sättigung", die „Diät" sei nur noch hervorgehoben, dass das Gefühl der Sättigung nicht zum kleinsten Theil auf Ermüdung der Kaumuskeln beruht.

J. KATZENSTEIN.

49) **W. Bath. Ueber das Vorkommen von Geschmacksorganen in der Mundhöhle von Crocodilis niloticus Saur.** *Zool. Anzeiger. Bd. 29. No. 11. S. 352.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

50) **Sternberg** (Berlin). **Eine neue Methode zur klinischen Prüfung des Geschmackssinnes mittels eines Gustometers.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 23. 1905.*

Das Verfahren des Verf.'s besteht darin, dass ein schmeckendes Gas (süss — Chloroform; bitter — Aether; sauer — Essigsäure; salzig — vacat) durch ein ganz fein ausgezogenes Glasröhrchen auf die zu prüfende Stelle der Zunge geblasen wird. Er prüft für gewöhnlich nur süss und bitter und benutzt dazu einen Doppelapparat, bei dem durch einen Zweiwegehahn der von einem Doppelballon gelieferte Luftstrom entweder über Chloroform oder über Aether geleitet wird. Der Prüfung mit Gasen rühmt er mehrfache Vorzüge vor der mit schmeckenden Flüssigkeiten nach.

ZARNIKO.

51) **Sternberg** (Berlin). **Zur Untersuchung des Geschmackssinnes für klinische Zwecke.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1905.*

Eine wesentliche Erleichterung und Abkürzung der Geschmacksprüfung mit der gasometrischen Methode wird erzielt, wenn man gleichzeitig bilateral prüfen kann. Verf. beschreibt einen vervollkommneten Gasometer, der dies erlaubt. Mit seinem verbesserten Instrument vermag er auch ausser der qualitativen eine quantitative Geschmacksmessung auszuführen.

ZARNIKO.

52) **P. Ferrari. Wie verändert sich die Geschmacksempfindung bei kleinsten Dosen localer Anaesthetica? (Comment se modifie la sensibilité gustative pour les très petites doses des anesthétiques locaux.)** *Arch. Ital. de Biol. XLII. 3. p. 411.*

Sehr schwache Lösungen von Cocain, Chloral, Chloroform, Alkohol erhöhen die Geschmacksempfindlichkeit für bitter.

J. KATZENSTEIN.

53) **M. Ponzo. Ueber die Anwesenheit von Geschmacksknospen in einigen Theilen der hinteren Mundhöhle und in dem nasalen Theil des Rachens beim menschlichen Fötus. (Sur la présence des bourgeons gustatifs dans quelques parties de l'arrière-bouche et dans la partie nasale du pharynx du foetus humain.)** *Arch. Ital. de Biol. Vol. 43. p. 280.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.



54) **Oskar Prym** (Bonn). **Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1905.*

Autor liess sich Saugglässer in der Art anfertigen, dass dieselben mit einem Rohre armirt wurden, dessen Ende nach Einführung zum Munde herausschaute und an dem ein einfacher Gummiballon zur Luftverdünnung angebracht wurde. Das flach gebaute Saugglas umschliesst die Tonsille, ohne Uvula und Velum zu berühren, sein freier Rand muss glatt sein. Autor wandte es in einer Reihe von Fällen an, es verursachte keine Schmerzen, Nachtheile wurden nie beobachtet, dagegen stets bedeutende subjective Erleichterung. Autor empfiehlt „die Saugtherapie als einen Hülfsfactor bei der Bekämpfung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen", räth jedoch, neben ihr die bisher gebräuchlichen therapeutischen Maassnahmen weiter anzuwenden. Die Technik ist eingehend in der Arbeit beschrieben.

HECHT.

55) **Vincent. Ueber die Häufigkeit der durch Spirillen und Bac. fusiformis verursachten Angina. (De la fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes.)** *Presse médicale. 29. März 1905. No. 29.*

Eine auf 221 Fälle aller Arten von Anginen gegründete Statistik ergiebt, dass die fuso-spirilläre Infection in einem Verhältniss von 2,26 pCt. zur Beobachtung kommt.

E. J. MOURE.

56) **Hahn** (Berlin). **Ueber Angina Vincenti.** *Dissert. Berlin 1905.*

Ausführliche Darstellung des gegenwärtigen Standpunktes der Lehre von der Angina Vincenti.

SEIFERT.

57) **Jauquet. Die Vincent'sche Angina. (L'angine de Vincent.)** *La Clinique. No. 37. 1905.*

Allgemeine Revue. Die Affection besteht aus zwei Perioden: der pseudodiphtheritischen Periode und der ulcerösen Periode. Die Krankheit ist übertragbar und bedingt durch einen speciellen Mikroben: den Bacillus fusiformis von Vincent. Die Behandlung ist rein local.

BAYER.

58) **Martin Mayer** und **Oscar Schreyer** (Hamburg). **Zur Klinik und Aetiologie der Angina ulcerosa membranacea (Plaut-Vincent).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. 1905.*

Ein Krankheitsfall: Plaut-Vincent'sche Angina führt bei einem durch Skorbut geschwächten 23jährigen Seemann unter fortschreitender Nekrotisirung der Rachengebilde unaufhaltsam zum Tode. In den nekrotischen Partien neben anderen Bakterien der typische Befund des Bacillus fusiformis in Gemeinschaft mit Spirochaeten.

Im Anschluss an die Beobachtung besprechen die Verff. mit Benutzung der bisherigen Literatur die morphologischen und biologischen Verhältnisse der genannten Mikroorganismen und ihr Verhältniss zu einander. Sie neigen zu der Ansicht, dass der Bac. fusiformis nicht lediglich Saprophyt, sondern pathogen sei und lassen die Frage offen, ob der Bacillus und die Spirochaete verschieden-

artige in Symbiose vorkommende oder ob sie verschiedene Entwickelungsstadien eines und desselben Mikroorganismus seien.

ZARNIKO.

59) **W. Pasteur. Ueber Pneumokokkenangina nebst Bemerkungen über einen tödtlich verlaufenen Fall. (On pneumococcal sore throat with notes of a fatal case.)** *Lancet. 27. Mai 1905.*

Diese Fälle werden oft übersehen. Es giebt zwei Arten, eine membranöse, die der Diphtherie ähnlich ist, und eine erythematöse, die der Scarlatina gleicht. Die Krankheit hält gewöhnlich 2—5 Tage an, bisweilen auch erheblich länger.

Ein $3^1/_2$ Jahre alter Knabe erkrankte plötzlich mit Halsschmerz, Dysphagie. Temperatur 39,5°. Der weiche Gaumen und die Rachenschleimhaut waren geschwollen. In 14 Tagen war ausgedehnte Membranbildung an diesen Theilen zu constatiren. Das Kind starb an Bronchopneumonie; es fanden sich keine Diphtheriebacillen, jedoch zahlreiche Pneumoniediplokokken.

ADOLPH BRONNER.

60) **Pivert. Die ulcerösen Anginen und die Perforationen des Gaumensegels bei Scharlach. (Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Die Angina ulcerosa kann beim Scharlach als Angina praecox oder Angina tarda auftreten. Erstere Form ist die häufigere; sie ist durch blau-graue Membranen charakterisirt, die sich zuerst auf dem Gaumensegel zeigen, sich ablösen und eine Ulceration zurücklassen. Sie gehen allmälig auf die Uvula, die Gaumenbögen und Mandeln über. Wenn der nekrotische Process sehr tiefgreifend gewesen ist, so entsteht eine Perforation des Gaumensegels. Bei der zweiten Form zeigen sich die Ulcerationen häufig in der Zeit der Reconvalescenz.

Es giebt leichte ulceröse Anginen, die innerhalb weniger Tage verlaufen und leicht heilen. Bei den schweren Formen kann auch Heilung eintreten; bisweilen sind sie von ernsten Allgemeinerscheinungen begleitet, Adynamie, Drüsenschwellungen, und enden oft tödtlich.

Verf. räth zu Applicationen von Chlorzink, Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd, bei Allgemeinerscheinungen lauwarme Bäder und Seruminjectionen.

A. CARTAZ.

61) **W. Montgomery. Ein Fall von Staphylokokkeninfection der Tonsillen, einen Schanker vortäuschend. (An instance of staphylococcus infection of the tonsils simulating a chancre.)** *Canada Practitioner and Review. October 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

62) **Rottenbiller. Tonsillitis et Polyarthritis rheumatica.** *Orvosok Lapja. No. 27.*

Nach eingehender Uebersicht der einschlägigen Literatur führt R. aus eigener Praxis 29 Fälle an, in welchen sich einer Tonsillitis follicularis eine Polyarthritis rheumatica anschloss.

v. NAVRATIL.

63) T. Bobone. **Ein Fall von beunruhigender secundärer Blutung nach Eröffnung eines peritonsillären Abscesses. (Un caso di inquietante emorragia secondaria dopo l'apertura di uno ascesso peritonsillare.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. No. X. 1905.*

Die Blutung trat am Tage nach der Eröffnung des Abscesses ein; es wurde circa $^1/_4$ Liter Blut verloren. Heilung. FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

64) W. G. Pugh. **Eine Mittheilung über die Untersuchung von Culturen und Abstrichpräparaten aus Hals und Nase. (A note on the examination of cultures and smears from the throat and nose.)** *Lancet. 8. Juli 1905.*

Für die Sichtbarmachung der Babes-Ernst'schen Körperchen ist folgende Färbung die beste: Toluidinblau 1,0, Alkohol. absol. 20,0, Aq. dest. 1 Liter, dem 50 ccm Acid. acet. glaciale zugesetzt sind. ADOLPH BRONNER.

65) A. Alfvén (Schweden). **Ueber die Tenacität des Diphtheriebacillus bei verschiedenen Temperaturen. (Difteribacillens tenacitet vid olika temperaturen.)** *Hygiea. p. 31. 1905.*

Eine neue bacteriologische Arbeit. E. SCHMIEGELOW.

66) Luigi Concetti. **Die Antibakteriensera bei der Behandlung der Diphtherie. (I sieri antibatterici nella cura della difterite.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.*

Seit man gefunden hat, dass der Loeffler'sche Bacillus ein Protoplasmagift besitzt, das von dem Toxin verschieden ist und gegen das die Antitoxine wirkunslos sind, ist man bestrebt gewesen, Antibacteriensera herzustellen. Verf. nimmt die Priorität für Ivo Bandi in Anspruch, der solche Sera im hygienischen Institut in Siena herstellt und zwar erstens ein sogenanntes „bivalentes Serum", das sowohl antitoxisch wie antibacteriell wirkt und zur subcutanen Injection bestimmt ist und zweitens ein antibacterielles Serum, das zum localen Gebrauch, zur Aufpinselung auf die erkrankten Stellen bestimmt ist.

Verf. hat zusammen mit seinem Assistenten Valagussa diese Sera benutzt, sowohl zum localen Gebrauch im Pharynx, Nase, Conjunctiva, wie zur subcutanen Injection, wie zur Instillation in die oberen Luftwege durch das Intubationsrohr oder die Tracheotomiecanüle. Letztere Anwendungsweise empfiehlt er bei tracheobronchio-pulmonaren Complicationen, ebenso endolaryngeale Instillationen mittels einer Spritze beim nicht operirten Croup. FINDER.

67) Enrico Gagnoni. **Das antitoxisch und antibakteriell wirkende Antidiphtherieserum bei der präventiven und curativen Behandlung der Diphtherie mittels Injectionen und localer Application. (Il siero antidifterico a doppio potere antitossico ed antibatterico nel trattamento preventivo e curativo della difterite per inezioni e per applicazione locale.)** *Rivista Clinica Pediatrica. Juni 1905.*

Verf. hat bisher 31 Fälle von Diphtherie, darunter 10 Croupfälle mit dem bivalenten, antitoxisch und antibacteriell wirkenden im toscanischen Institut für

Serumgewinnung hergestellten Serum behandelt und ausgezeichnete Resultate erzielt. Die Injection hat ein Verschwinden der Pseudomembranen zur Folge und verhindert deren Neubildung; die Wirkung wird noch evidenter, wenn man nach Ablösung der Pseudomembranen mit dem Antibacterienserum, dem noch Desinficientien hinzugesetzt sind, die Schleimhaut bepinselt. Die Wirkung des Antibacterienserums beruht auf seinem Gehalt an Antikörpern.

FINDER.

68) **Maurizio Pincherle. Klinische Betrachtungen über die Anwendung des bivalenten und des baktericiden Sclave-Bandi'schen Antidiphtherieserum. (Considerazioni cliniche sull'impiego dei sieri antidifterici bivalente e battericida Sclavo-Bandi.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.*

Verf. hat im Ganzen 20 Fälle behandelt. Er hat sowohl mit der localen Anwendung des bactericiden Serums, wie mit combinirtem Gebrauch von subcutanen Injectionen des bivalenten Serums und localen Pinselungen mit bactericidem Serum eine rasche und energische Wirkung bei Pharynxdiphtherie und Larynxcroup erzielt, wenn nicht sehr verminderte Wiederstandsfähigkeit des Organismus oder schwere toxische Phänomene vorhanden waren. In letzteren Fällen versagte die Behandlungsmethode.

FINDER.

69) **L. C. Layson. Bericht über eine Reihe von Experimenten, um die antitoxische Werthabnahme von Antidiphtherieserum zu bestimmen. (Report on a series of experiments to determine the antitoxic depreciation of antidiphtheric serum.)** *N. Y. Medical News. 23. December 1905.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass der antitoxische Werth des Antidiphtherieserums viel länger erhalten bleibt, als man bisher glaubte. Die meisten Sera behalten ihren antitoxischen Werth ungeschmälert oder nur sehr wenig herabgesetzt 2—5 Jahre lang; das Maximum der Werthabnahme beträgt $33^1/_3$ pCt., womit in den amerikanischen Laboratorien für Serumforschung gerechnet wird.

LEFFERTS.

70) **Heinrich Rosenhaupt** (Frankfurt a/M.). **Klinischer Beitrag zur Serumkrankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1905.*

Bei einem 26 jährigen Manne, der mit 21 Jahren prophylaktisch 2 ccm Behring'serum eingespritzt erhalten, ohne dass irgend eine Reaction damals wahrgenommen worden wäre, wurden wegen bestehender Rachendiphtherie 16 ccm Diphtherieserum injicirt. Nach 8 Tagen trat ein „heftiger, juckender, urticariaartiger Ausschlag" zunächst auf dem Hinterkopf auf, der sich bald über die ganze Körperoberfläche ausbreitete und im Gesicht, an den Conjunctiven zu einer so intensiven ödematösen Durchtränkung führte, dass die Augen nur schwer geöffnet werden konnten. Gegen Morgen ergriff das Exanthem auch die Schleimhäute des Mundes und des Rachens, so dass das Schlucken selbst flüssiger Substanzen nur unter starken Schmerzen möglich war. Es kam plötzlich eine starke Dyspnoe mit Cyanose der Lippen und Nägel hinzu. Die Untersuchung ergab, dass ein starker pericardialer Erguss ganz acut aufgetreten war. Allmäliges Abklingen aller Erscheinungen, Heilung. Anschliessend kritische Erörterung der einschlägigen Literatur.

HECHT

71) **M. Ponticaccia. Scharlachartiges Exanthem nach Antidiphtherieserum. (Esantema scarlattiniforme da siero antidifterico.)** *Revista Veneta di scienze mediche. 31. März 1905.*

Bei einem Mädchen, das eine prophylactische Seruminjection (500 I. E.) erhalten hatte von demselben Serum, mit dem seine an Diphtherie erkrankten Geschwister injicirt worden waren, trat nach der Einspritzung heftiges Hautjucken und bald darauf ein scharlachartiger Hautausschlag auf. Temperatur 41,2⁰. Der Ausschlag blieb 24 Stunden lang bestehen und verschwand dann allmälig. Bei den übrigen Geschwistern war nach der Seruminjection nichts derartiges beobachtet worden.

FINDER.

72) **T. S. Billings. Zehn Jahre Erfahrung mit Diphtherieantitoxin. (Ten years' experience with diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 23. December 1905.*

Vorliegende Arbeit giebt einen Ueberblick über die Erfahrungen des Gesundheits-Departement des Staates New York in den Jahren 1895—1905 auf dem Gebiet der Serumtherapie der Diphtherie. Das Departement verfügt über 18866 mit Antitoxin behandelte Diphtheriefälle, von denen — ausgenommen die moribund in Behandlung gelangten Fälle — 1325 tödlich verliefen d. h. 7,3 pCt. Aus den tabellarischen Uebersichten geht auch hervor, dass die Serumtherapie jetzt bessere Resultate giebt als in den ersten Jahren ihrer Anwendung, was auf eine Zunahme unserer Kenntnisse zurückgeführt wird. Nach Ansicht des Verfs. besteht länger kein Zweifel, dass das Antitoxin das specifische Mittel gegen die Diphtherie darstellt.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **B. Boros. Fall von Kehlkopfverletzung.** *Orvosi Hetilap. No. 43.*

Halsverletzung aus selbstmörderischer Absicht. Zwischen Kehlkopf und Zungenbein eine querverlaufende, 10 cm lange Schnittwunde, bis zum Pharynx dringend. Tracheot. inf. Kehlkopfnaht. Totale Heilung. Canüle wurde entfernt.

v. NAVRATIL.

74) **Hopmann** (Köln). **Ergänzung zu den „Bemerkungen über Contusion des Kehlkopfes" von Stabsarzt Dr. Burchardt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 3. S. 623.*

H. hält einen vorwiegend verkalkten Kehlkopfknorpel für brüchiger als normal; ein verknöcherter aber sei widerstandsfähiger und nur durch grosse Gewaltanwendung zu brechen. Daher sei seine Angabe berechtigt, in der Burchardt einen gewissen Widerspruch erblickte, dass sowohl die Elasticität des jugendlichen, als auch die Verknöcherung des gealterten Kehlkopfes einen erhöhten Schutz gegen das Trauma gewähren.

F. KLEMPERER.

75) **Delsaux. Ausstülpung oder Vorfall des Ventric. Morgagni. (Éversion ou prolapsus du ventricule de Morgagni.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. rhino-otolaryngol. Gesellschaft vom 11. Juni 1904.

BAYER.

76) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Einige Bemerkungen über den sogenannten Prolapsus ventriculi Morgagni. (Nogle Bemerkninger om den saakaldte Prolapsus ventriculi Morgagni.)** *Ugeskrift for Läger. 12. October 1905.*

Der Verf. hat einen Mann beobachtet, an dessen Kehlkopf die Stimmbänder sich während der Intonation beinahe normal präsentirten. Wurden aber die Stimmbänder abducirt, erschienen einige Schleimhautprominenzen, die den vordersten Theil der Stimmbänder bedeckten.

In zwei Kehlköpfen von Hunden hat der Verf. wahre, nicht inflammatorische Schleimhautprolapse des Sinus Morgagni gesehen und mikroskopisch untersucht.

E. SCHMIEGELOW.

77) **J. Lövi. Fall von Laryngocele Virchowi.** *Gyógyássat. No. 12.*

Bei einem 19jährigen jungen Manne bildet sich, wenn er mit geschlossenem Munde sein Gesicht aufbläst, auf beiden Seiten des Halses, zwischen Unterkiefer und Zungenbein eine Hervorwölbung. Die Laryngocele hängt in diesem Falle mit dem Sinus pyriformis zusammen.

v. NAVRATIL.

78) **Egmont Baumgarten. Kehlkopfcyste von seltener Grösse.** *Orvosi Hetilap. No. 5 u. Budapesti Orvosi ujság. 12. 1905.*

Nussgrosse Cyste, welche von der lingualen Oberfläche der Epiglottis entspringt. Die Cyste war sehr hart, prall anzufühlen, weshalb sie mit der kalten Drahtschlinge nicht zu fassen war, Verf. fasste sie mit einer Kehlkopfpincette und entfernte sie in mehreren Sitzungen mittelst einer Scheere. B. hält die Cyste für eine Schleimtasche.

v. NAVRATIL.

79) **S. Citelli. Bemerkung zu der Arbeit von Martuscelli und Rossi: „Warum sind die hypoglottischen Tumoren stets im vorderen Theil des Kehlkopfes lokalisirt?" (Nota al lavoro di Martuscelli e Rossi: „Perchè i tumori ipoglottici sono sempre localizzati e parte anteriore della laringe.)** *Bollett. delle Malattie dell'orecchio. No. VI. 1905.*

Verf. nimmt für sich, gegenüber Nardi, dessen histologische Untersuchungen in der oben citirten Arbeit angeführt werden, die Priorität für den Nachweis in Anspruch, dass die Anwesenheit von Leisten im Chorium des vorderen Drittels der Regio hypoglottica die anatomische Grundlage bilden für das Vorkommen von subglottischen Geschwülsten gerade in dieser Gegend. Nardi habe seine Untersuchungen nur bestätigt und ergänzt.

FINDER.

80) **Réthi** (Wien). **Oedematöse Stimmbandknoten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Nach Besprechung der verschiedenen pathologisch-anatomischen Substrate der Sängerknötchen Bericht über 2 Fälle, bei denen in Fall 1 der Kehlkopf nach längerer Ruhe normale Verhältnisse zeigte, wobei Sprech- und Singstimme klar waren, während nach kurzer Anstrengung unter allmäligem Versagen der Stimme eine circumscripte, geröthete, nach innen und oben prominente Vorwölbung des einen Stimmbandes, „eine spindelförmige Auftreibung des Randtheiles von etwa $1/_2$ cm Länge" entstand. Der 2. Fall bot das gleiche Bild, daneben bestand noch

an der grössten Prominenz des freien Randes ein typisches Sängerknötchen. Dieses Knötchen änderte weder Form noch Grösse, während die andere Schwellung nur zeitweilig auftrat. Autor fasst diese variirende Schwellung als einen abwechselnden Füllungs- und Leerzustand vorhandener Hohlräume in dem Stimmbandgewebe auf, die er therapeutisch dadurch zur Verödung brachte, dass er mit einem feinen Lancettmesser an der betreffenden Stelle mehrere einander und dem Stimmbandrande parallele Längsschnitte machte. Die Reaction war gering und die Heilung — unter restitutio in integrum — eine dauernde.

HECHT.

81) **J. Payton Clark. Kehlkopfpapillome bei Kindern. (Papilloma of the larynx in children.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. October 1905.*

Conf. Verhandlungen der 27. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905.

EMIL MAYER.

82) **Némai. Kritik der Therapie der Kehlkopfpapilleme.** *Orvosi Hetilap. No. 41.*

Kehlkopfpapillome, welche öfters recidivirten, verschwinden häufig durch Resorption. Verf. hält die Laryngofissur für ungerechtfertigt und räth die endolaryngeale Operation nebst exspectativem Verfahren an. Bei Stenose Tracheotomie.

v. NAVRATIL.

83) **W. Koellreutter** (Rostock). **Zur Therapie der Larynxpapillome.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Bericht über 2 Fälle von recidivirenden, papillomatösen Larynxwucherungen, bei denen „ausser der üblichen Operation auch eine medicamentöse Behandlung mit Erfolg zur Anwendung kam“.

Fall 1. 31 jähriger Mann mit multiplen intralaryngealen Papillomen, mehrfache Operationen mit stetigen Recidiven. Innerliche Verabreichung von Arsen führte bei gleichzeitiger nochmaliger operativer Ausräumung zur Dauerheilung.

Fall 2. 5 jähriges Mädchen mit progressiv fortschreitenden papillomatösen Larynxwucherungen. Wiederholte operative Ausräumung in Narkose mittels directer Laryngoskopie; stets erneute Recidive; interne Arsenmedication ohne Erfolg; Verabreichung von Jodkali und dann von Jodipin erzielten allmälige Rückbildung der Papillome und schliessliche Dauerheilung bei absolut normalem Kehlkopfbefund und klarer Stimme. Anschliessend epikritische Betrachtungen und Erörterung der einschlägigen Literatur.

HECHT.

84) **Gordon King. Lympheider Kehlkopftumor, durch partielle Laryngoctomie entfernt. (Lymphoid tumor of larynx; removed by partial laryngectomy.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Januar 1906.*

Bei einem 65jährigen Mann fanden sich zwei runde, glatte Geschwülste, die die Basis der Epiglottis und die Schildknorpelplatte einnahmen. Die Geschwulst wurde auf dem Wege von aussen her entfernt und es ergab sich, dass sie aus lymphatischem Gewebe bestand. Es trat ein Recidiv ein und es wurde eine zweite Operation nothwendig.

EMIL MAYER.

85) **Koschier** (Wien). **Totalexstirpation des Larynx.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 16. Juni 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1905.*

Demonstration eines Patienten, bei dem wegen Carcinom der Larynx exstirpirt wurde. Jetzt trägt der Patient eine Schornsteincanüle, kann ziemlich gut sprechen und schlucken. Die Wundversorgung geschah mit einem Mikulicz'schen Tampon. K. zieht diese Methode der prophylactischen Trachealresection Gluck's vor.

CHIARI.

86) **D. Bryson Delavan. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Die Diagnose soll durch alle möglichen Mittel gesichert werden; eventuell soll auch eine kurze Zeit lang Jodkali gegeben werden. Wenn man Aussicht hat, durch histologische Untersuchung zur Diagnose zu gelangen, so soll ein Stückchen zu diesem Zwecke entnommen werden. Wiederholte Versuche, die Geschwulst zu entfernen, sei es zu diagnostischen oder zu therapeutischen Zwecken, sind zu verwerfen. Verf. erörtert dann die Indicationen der Thyreotomie, partiellen und totalen Laryngectomie.

LEFFERTS.

87) **John N. Mackenzie. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Das laryngoskopische Bild ermöglicht in den meisten Fällen die Diagnose: die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Probestücks soll erst das letzte Hülfsmittel darstellen. Verf. hat gegen die Probeexstirpation einzuwenden, dass der Patient einer Autoinfection ausgesetzt wird, dass das Wachsthum der Geschwulst angeregt wird und dass die Methode oft unzuverlässig, irreführend und bisweilen practisch unmöglich ist. Der Umfang der Operation richtet sich nach der Ausdehnung der Geschwulst. Durchaus zu verwerfen sind Operationen per vias naturales und die Pharyngotomia subhyoidea.

LEFFERTS.

88) **J. Pólya. Fälle von Laryngofissur wegen postdiphtheritischer Larynxstenosen.** *Orvosi Hetilap. No. 28.*

I. 6 jähriges Kind wurde während einer Crouperkrankung lange Zeit hindurch intubirt; es bildete sich eine Larynxstenose aus. Bei der Laryngofissur fand sich im Niveau des Ringknorpels eine diaphragmaartige hochgradige Verengerung. Nach Excision der Narbe Transplantation eines Thiersch'schen Lappens vom Oberarm; in den Larynx wurde ein dicker Jodoformgazetampon eingeführt und darüber der Larynx vernäht. Nach 8 Wochen konnte ein dem Alter entsprechender Tubus leicht eingeführt werden. Später Decanulement.

II. 8 jähriges Kind mit ähnlicher Erkrankung. Da die Narbe mit den Knorpeln stark verwachsen war, Entspannung der Trachea mit 5 Längschnitten in die Narbe.

v. NAVRATIL.

89) **Gabszevicz. Erfolglose chirurgische Behandlung bei einem Falle von pharyngealer Stenose. (Bezskutecznosc rabiegów operacyjynch przyzwezeniu gardzieli i krtani.)** *Gazeta Lekarska. No. 37. 1905.*

Verf. beschreibt einen hochinteressanten Fall einer nach Kalilaugevergiftung

entstandenen hochgradigen pharyngolaryngealen Stenose, bei welcher die Epiglottis sich in eine harte bis an die hintere Pharynxwand angewachsene Narbe umwandelte, wobei nicht nur eine starke Dysphagie, sondern auch Athemnoth bestand. Es wurde vom Verf. nach ausführlicher Tracheotomie eine Pharyngotomia subhyoidea ausgeführt und erst dann die narbig veränderte Epiglottis mittels Scheere von der Pharynxwand abgetrennt und dann $^2/_3$ davon excidirt. In Folge dessen wurde der Eingang zum Kehlkopf bedeutend vergrössert, wobei sich die Stimmbänder normal stellten. Die Pharynxsonde passirte leicht in den Magen. Die Kranke konnte bald darauf leicht athmen und allmälig besser schlucken. Zwei Wochen darauf war das Athmen ganz frei und das Schlucken so weit normal, dass drei Wochen nach der Operation die Tracheotomiecanüle gänzlich entfernt wurde. Leider stellte sich 6 Wochen darauf wieder fast totale Dysphagie und Stenose ein, verursacht durch neue Narben, die auf der Stelle der excidirten Epiglottis bestanden. Verf. schritt wieder zur Excision der neugebildeten Narbe und dabei, um den Kehlkopfraum zu vergrössern, excidirte er ringsherum die Ränder der Thyreoidalknorpel, sowie auch die dicken Schwarten im unteren Abschnitt des Pharynx. Der Erfolg war wieder günstig. Die Kranke konnte frei athmen und schlucken. In einigen Wochen traten aber wieder die vorigen krankhaften Erscheinungen zu Tage, welche zwei Wochen darauf den Verf. zum dritten Male zur Wiederholung derselben Operation zwangen, wobei im Eingang des Oesophagus eine starke Narbe entdeckt wurde. Dieselbe wurde excidirt, der obere Theil des Pharynx abgeschnitten und derselbe an die Haut angenäht. Die Kranke begann zu fiebern und starb am 12. Tage nach der Operation. Bei der Autopsie wurde im unteren Abschnitt der rechten Lunge ein Abscess gefunden. Im Pharynx und Larynx nur narbige, oben beschriebene Veränderungen. Die Stimmbänder waren normal.

A. v. SOKOLOWSKI.

90) **Edmund Meyer** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Trachealstenosen.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage. No. 26. 1905.*

Bei der Behandlung alter Trachealstenosen muss man sich zunächst über deren Ausdehnung völlig klar sein. Danach werden gröbere Verengerungen operativ beseitigt. Endlich sind Dauerdilatatorien einzulegen. Als solche empfiehlt Verf. O'Dwyer'sche Tuben, Schrötter'sche Zinnbolzen, nicht dagegen Mikulicz'sche Glascanülen. Für manche Fälle sind Schrötter'sche Hartgummibougies geeignet. — Demonstration von drei einschlägigen Fällen.

ZARNIKO.

91) **John Rogers. Die Behandlung chronischer Obstruction des Kehlkopfes und der Trachea. (The treatment of chronic obstruction in the larynx and trachea.)** *American Journal Med. Sciences. November 1905.*

Verf. erörtert ausführlich die verschiedenen Arten von Stenosen. Eine Anzahl von Fällen werden im Detail mitgetheilt. An einigen dieser Fälle wird die O'Dwyer'sche Intubation erläutert unter Erörterung interessanter Gesichtspunkte.

A. LOGAN TURNER.

92) **H. von Ranke. Zur Verhütung der nach Intubation und secundärer Tracheotomie zuweilen sich einstellenden Kehlkopfstenosen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 42. 1905.*

Da die durch die Intubation zuweilen auftretenden Decubitusgeschwüre zu so hochgradigen Zerstörungen und Eiterungen führen können, dass dadurch der Tod eintreten kann, hält Autor — im Gegensatz zu O'Dwyer und der amerikanischen Schule — die secundäre Tracheotomie in solchen Fällen für angezeigt. Zwar ist die „Ursache der bisweilen beobachteten starken Narbenstenose des Kehlkopfes nicht sowohl das ursprüngliche Druckgeschwür, sondern vielmehr die dauernde Ausschaltung des Kehlkopfes aus der Athmung nach der Tracheotomie durch die Trachealcanüle, weil der erweiternde und ausdehnende Einfluss des Luftstromes für den Keklkopf dabei völlig verloren geht und eben dadurch Gelegenheit zur stenosirenden Vernarbung geschaffen wird". Dies lässt sich jedoch dadurch vermeiden, „dass wir die Trachealcanüle nur möglichst kurze Zeit liegen lassen und zur Heilung der Druckgeschwüre und Hintanhaltung von Narbenstenosen den erweiternden Einfluss der Athmung nicht ausschalten, sondern möglichst auszunützen suchen". Auf Grund seiner Erfolge empfiehlt Autor, die Trachealcanüle nur möglichst kurze Zeit — 2 oder 3 Tage — liegen zu lassen und eventuell, wenn sich wieder Dyspnoe einstellt, nochmals zur vorübergehenden Intubation zu greifen.

HECHT.

93) **Giovanni Mori. Einige Kriterien der Operation und instrumentellen Technik bei Kehlkopfintubation. (Alcuni criteri di tecnica operativa e strumentale nell'intubazione laringea.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Mai 1905.*

Verf. hat innerhalb 2 Jahren 151 Kindor intubirt; von diesen waren 32 unter 2 Jahre alt, bei 103 bestanden broncho-pneumonale Complicationen. Es starben 49 Kinder, 33 davon in den ersten Stunden nach der Intubation. Verf. hat an den Tuben wie an dem Introductor einige kleine Modificationen angebracht, die er, ebenso wie die Technik des Verfahrens, beschreibt.

FINDER.

94) **Deguy de la Play. Ueber prolongirte Intubation. (Sur le tubage prolongé.)** *Société de Pédiatrie. 20. Juni 1905.*

Verf. theilt mehrere Fälle mit, in denen trotz des Bestehens von Ulcerationen die Intubation lange Zeit hindurch fortgesetzt werden musste. In einem Fall wurde die Intubation 11 mal wiederholt; die Gesammtdauer der Intubation betrug in diesem Falle 20 Tage. Verf. zieht selbst die prolongirte Intubation den Gefahren der Tracheotomie vor.

Sevestre bekennt sich in der anschliessenden Discussion als ein weniger begeisterter Anhänger der Intubation; er schreitet zur Tracheotomie, wenn nach der vierten Intubation die Dyspnoe anhält. Er glaubt, dass eine prolongirte Intubation erhebliche Unzuträglichkeiten mit sich bringt.

PAUL RAUGÉ.

95) **E. Escat** (Toulouse). **Die plötzliche Obstruction bei der Intubation ohne Ueberwachung. (L'obstruction brusque dans le tubage sans surveillance.)** *Presse médicale. 7. Juni 1905.*

Die plötzliche Verstopfung der Tube durch eine Pseudomembran ist eine

grosse Gefahr bei der Intubation, besonders wenn der Patient nicht unter ständiger Ueberwachung eines mit dem Verfahren oder wenigstens mit der Enucleation vertrauten Arztes sich befindet.

E. räth zur Vermeidung dieses unglücklichen Ereignisses folgende Mittel an: Man wende eine Tube von grossem Kaliber an; man lasse den Faden an seinem Platz, so dass eine selbst unerfahrene Person im Stande ist, schnell die Detubation auszuführen; man sättige die Luft des Krankenzimmers mit Wasserdampf, indem man einen Behälter mit einer kochenden antiseptischen Flüssigkeit aufstellt; man provocire nach der Intubation Hustenstösse, um eine Expulsion der Membranen zu bewirken; man wische die Tube alle 24 Stunden aus und träufle von Zeit zu Zeit etwas Mentholöl in sie hinein; man gebe keine Medicamente, durch die der Husten unterdrückt wird. Wendet man diese Maassregeln an, so tritt kaum in $^1/_{10}$ der Fälle plötzliche Obstruction ein.

E. hat eine durchbrochene („ajouré“) Tube angegeben; die Gefahr der brüsken Verstopfung wird beim Gebrauch dieser in die weniger bedenkliche einer allmäligen Verstopfung umgewandelt.

Beim Eintreten einer plötzlichen Obstruction räth E., sofort die Tube zu extrahiren durch Enucleation oder mittels des Fadens oder schliesslich durch den Elektromagneten; einen Schluck kalten Wassers trinken zu lassen; den Körper mit kaltem Wasser zu bespritzen; das Kind auf den Kopf stellen; eine Lufteinblasung mit dem Politzer zu machen, um die Pseudomembranen in die Trachea zurückzutreiben.

Auf Grund der von ihm beobachteten 103 Fälle von Intubation ohne Ueberwachung räth E., Serum einzuspritzen und die Intubation vorzunehmen, bei der nur 1 pCt. Todesfälle sind gegenüber 10 pCt. bei Tracheotomie. PAUL RAUGÉ.

96) **Fielding L. Taylor. Ein Fall von Retention eines Intubationsrohrs, durch allmälige Dilatation behandelt. (A case of retained intubation tube, treated by gradual dilatation.)** *N. Y. Medical News. 16. September 1905.*

Verf. theilt einen Fall von subglottischer Stenose mit, der auf Zellinfiltration und Bindegewebscontraction infolge von Einführung einer zu weiten Intubationsröhre beruhte. Unter lange fortgesetzter allmäliger Dilatation trat Heilung ein. LEFFERTS.

97) **Nowak. Intubation in der Privatpraxis. (W sprawie intubacyi w prywatnej praktyce.)** *Czasopismo Lekarskie. No. 7—10. 1905.*

Verf. behauptet, dass nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der Privatpraxis die Intubation die Tracheotomie ersetzen kann und erörtert dabei alle möglichen Vorsichtsmaassregeln, welche dabei zu beobachten sind.

v. SOKOLOWSKI.

98) **Czarnik. Ueber Intubation und Tracheotomie. (Intubacya i tracheotomia.)** *Gazeta Lekarska. No. 36—40. 1905.*

Im Laufe von 10 Jahren (1894—1903) wurden in dem Krankenhause zur Heiligen Sophie in Lemberg 1007 Kinder, die an Diphtherie erkrankt waren, behandelt. In allen Fällen wurde Injection des Antidiphtherieserums angewandt.

Von diesen wurden 450 operirt, und zwar theils intubirt, theils tracheotomirt. In 293 Fällen wurde nur Intubation angewandt, Intubation und Tracheotomie in 94 und Tracheotomie in 63 Fällen. Von der Gesammtzahl der an Diphtherie erkrankten Kinder starben 248 und von den operirten 150. Im Allgemeinen kommt Verf. auf Grund des gefundenen statistischen Materials zu der Ansicht, dass die Intubation allein in mindestens $^2/_3$ der Fälle erfolgreich wirkt. Was die Fälle betrifft, wo die Intubation erfolglos ist, kann man manchmal das Leben durch hinterher folgende Tracheotomie retten. Antidiphtherieserum übt einen guten Einfluss auf den Verlauf der Kehlkopfdiphtherie, jedoch einen geringeren, als bei der idiopathischen primären Pharynxdiphtherie aus.

v. SOKOLOWSKI.

99) **David A. Stevenson. Tracheotomie unter Schwierigkeiten. Bericht über einen mit Carcinom des Mundes und Halses complicirten Fall. (Tracheotomy under difficulty. Report of a case complicated with carcinoma of the mouth and throat.)** *Indiana Medical Journal. Juni 1905.*

Bei dem Patienten war der Unterkiefer resecirt worden. Die Oeffnung in der Mundhöhle war so klein, dass nur eine dünne Sonde passiren konnte. Die Tracheotomie wurde unter Cocain und Adrenalin gemacht.

EMIL MAYER.

100) **A. Noll. Demonstration eines Kehlkopfmodells.** *Versamml. der Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte. 76. Versammlung Breslau 1904. 2. Theil. 2. Hälfte. S. 490.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

f. Schilddrüse.

101) **A. Pireca. Ueber die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Pankreas; experimentelle Studie (Säugethiere). (Sui rapporti tra tiroide e pancreas; studio sperimentale [Mammiferi].)** *Giorn. internaz. Sc. med. Anno 27. Fasc. 1. p. 17.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

102) **Guido Lerda. Ueber die antitoxische Kraft der Schilddrüse. (Sul potere antitossico della tiroide.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. No. V—VI. 1905.*

Aus den Versuchen des Verf.'s ergiebt sich, dass Meerschweinchen, denen Schilddrüse und Nebenschilddrüse exstirpirt war, sich gegen Intoxicationen mit Tetanus- und Diphtherietoxin, Strychnin und Coffein nicht weniger resistent verhalten als intacte Thiere, und dass diese Resistenz bei ihnen sich auch nicht ändert, wenn ihnen Glycerinextract von Schilddrüsen einverleibt wird. Injectionen mit Tetanustoxin in die Schilddrüse erzeugen ein Krankheitsbild, das man bei endovenösen Injectionen erhält. Injectionen mit einem in vitro erhaltenen Gemisch obiger Toxine mit Schilddrüsensaft und Injectionen von Schilddrüsensaft in vorher vergifteten Meerschweinchen ändern das Krankheitsbild nicht erheblich. Auch die Nucleoproteide des Hühnereis haben dieselben Eigenschaften wie diejenigen der Schilddrüse.

Es ergiebt sich daraus, dass man der Schilddrüse keine antitoxischen Eigenschaften gegen exogene Gifte, sowohl chemische wie Bakteriengifte, beilegen kann. Die angebliche Eigenschaft der Nucleoproteide der Schilddrüse und des Hühnereies, dem Tetanustoxin seine Giftigkeit zu nehmen, ist nach Ansicht des Verf.'s mehr auf die bei der Präparation angewandten chemischen Substanzen als auf die Nucleoproteide zu schieben.

FINDER.

103) **Hl C. Moffitt. Schilddrüsenerkrankungen in Californien. (Thyreoid disease in California.)** *N. Y. Medical News. 21. October 1905.*

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass Schilddrüsenerkrankungen in San Francisco häufiger sind, als in vielen anderen Städten. Kropf ist besonders in der Umgebung von San Francisco Bay häufig, weniger im Süden des Staates und in den Bergen; er ist in gewissen Theilen des Nordens endemisch. Myxödem scheint in San Francisco häufiger zu sein, vielleicht weil dort die meisten Patienten zusammenströmen. Verf. verfügt über 53 Fälle aus dieser Stadt und 33 im Staate Californien, ausgenommen die formes frustes, von denen er über 11 Fälle verfügt. Von sporadischem Cretinismus hat er 61 Fälle gesammelt, von denen 33 auf San Francisco entfallen. Morbus Basedow scheint in der Gegend der Bay häufiger zu sein, als sonstwo. Verf. warnt vor dem Gebrauch von Jod bei Strumen, auch wenn sie klein sind; er verfügt über einige Fälle von schwerem Jodismus. Die Berichte über den Erfolg der Anwendung von Schilddrüsenextract bei Myxödem und Cretinismus sind enthusiastisch; bei Morbus Basedow hat Verf. gute Resultate von lang fortgesetzter Faradisation gesehen. Viele Fälle von Morbus Basedow eignen sich für die chirurgische Behandlung; man sollte an Horsley's Mittheilung denken, dass Trennung des Isthmus allein zu retrogressiven Veränderungen und zu Schrumpfung des Restes der Drüse führt.

LEFFERTS.

104) **Wild** (Zürich). **Die Untersuchung der Trachea und die Verwendung der Tracheoskopie bei Strumen.** *Habilitationsschrift für die Universität Zürich. Tübingen 1905.*

Die für jeden Laryngologen, sowie allgemeinen Arzt studiumswürdige Schrift umfasst auf 110 Textseiten, 5 Tafeln mit sehr gelungenen tracheoskopischen Bildern, mehreren statistischen Tabellen ein Material von 1000, zu einem nicht geringen Theil vom Verf. selbst beobachteten klinischen Fällen. Eine sachgemässe genaue Rubricirung des reichen Stoffes erleichtert den Genuss. Es sei nur der wesentlichste Inhalt der einzelnen Hauptabtheilungen angeführt.

I. Anatomisches. Beziehungen der Luftröhre zum Kropf. Aetiologisches über die Veränderungen an der Luftröhre durch Kropf. Bedeutung der Formation der Wirbelsäule, welcher die Trachea folgt, so dass z. B. die Skoliose der ersteren eine Strumadeviation der letzteren vortäuschen kann.

II. Untersuchungsmethoden der Trachea. 1. Aeussere Untersuchung, auf welche man früher allein angewiesen war, die aber jetzt nur noch als eine werthvolle Orientirung und Ergänzung der Tracheoskopie gelten kann. Inspection. Athmungsbewegungen. Rose's letzte Stellung. Palpation, scharfe

Kanten der Trachealringe bei Torquirung und bei Säbelscheidenstenose; Differenzirung durch die Tracheoskopie. Auscultation, zwischen den Schulterblättern, besser à distance, stridoröses Athmen. 2. Innere Untersuchung. a) Obere indirecte Tracheoskopie: Kehlkopfspiegel, Reflector, Stirnlampen. b) Die untere indirecte Tracheoskopie. Voltolini'sche, Pieniazek-Schrötter'sche Trichter und Spiegelchen, Endoskop nach Hirschmann (Cystoskop). c) Die obere directe Tracheoskopie. Kirstein'sche Spatel, Kirstein'sche Stirnlampe, Killian'sche Leitröhren, Spatelrohr, der Casper-sche Griff. d) Die untere directe Tracheoskopie. Killian'sches Leitrohr.

ad a) Die obere indirecte Tracheoskopie gelingt häufig nur durch Ausgleichung des Winkels von Rachenkehlkopfachse und Trachealachse (150—160°) zu einer Geraden, mittelst der Stellungen von Türk, Killian und Wild. ad c) Sitzende Stellung oder liegende mit hängendem Kopf. Langsames Vorschieben der Leitröhre um Ring für Ring zur Verwandlung der krummen oder verwachsenen Luftröhre in eine grade und gleichmässig weite. Geometrische klare Auseinandersetzung des perspectivischen Sehens. Blosse Verlagerung am oberen Trachealende um 3 mm, am unteren um 4 mm genügt, um eine Wand der Trachea unsichtbar zu machen und Spalten vorzutäuschen.

III. Classificirung der Strumatracheen. 1. Verlagerung bei normalem Lumen mit gerader Achse und mit gebogener Achse. 2. Torquirung. 3. Verengerung durch ein- oder mehrseitigen Druck; Hervorwölbung, Einknickung auf gleicher oder verschiedener Höhe der Wand. 4. Veränderungen der Trachealwände, Erweichung, Schrumpfung (Jodinjectionen, Jodbehandlung der Kröpfe). 5. Combination verschiedener Zustände.

A. Statistische Bearbeitung des Materials u. a. sei erwähnt: Für sämmtliche 1000 Fälle verhalten sich die Geschlechter wie 1 (männliche) zu 1,7 (weibliche). Die Zahl der Kropfkranken steigt bis zum 5. Decennium und nimmt nachher langsam ab. Nur 30 pCt. zeigen gesunde Luftröhren; Stenose 52 pCt. männliche, 48 weibliche. Säbelscheidenstenose nennt man von beiden Seiten starke Verengerungen auf gleicher Höhe; sie stehen sagittal oder schräg sagittal. 1,3 pCt. der Strumen waren maligne. Nur von 8 pCt. der Fälle konnte Verf. die Operation erfahren. Misslingen der Tracheoskopie nur in 1,6 pCt. der Fälle, also 16. Die Tracheoskopie würde noch eine Menge Fragen lösen, wenn Chirurg und Tracheoskopiker zusammen arbeiteten.

B. Bedeutung der Tracheoskopie für die Diagnostik, Prognose und Therapie der strumösen Luftröhrenaffectionen. In jedem Fall von Dyspnoe mit unklarer Aetiologie soll die innere Untersuchung der Trachea unbedingt ausgeführt werden, ganz besonders, wenn ein Kropf vorhanden ist. Die ganz unwissenschaftliche Folgerung: „Dyspnoe, Struma, ergo Compressio tracheae" sollte sich endlich überlebt haben. Der genaue Luftröhrenbefund zeigt sowohl der Prognose als der Prophylaxe und der Therapie den klaren Weg zur Vermeidung verspäteter oder unnützer Operationen und Behandlungen. Sie ist auch wichtig für die Localisationsdiagnose, damit immer das wichtige Stück des Kropfes entfernt werde, welches Stenose erzeugt und nicht ein anderes nur äusserlich besser

nachweisbares; endlich dient sie zur Controle der therapeutischen Wirkungen während und nach medicamentöser oder chirurgischer Behandlung. Therapie. Innerlich Jodtinctur 3 mal täglich einen oder mehrere Tropfen. Den aus irgend einem Grunde nicht operativ zu behandelnden Stenosenpatient kann die mit Hülfe der Tracheoskopie ausgeführte Bougirung mittelst Schrötter'scher Hartgummiröhren oder des Wild'schen dilatationsfähigen Kautschukrohres erhebliche Erleichterung oder dauernde Besserung verschaffen. Auch für die Erkenntniss und Behandlung der Complicationen der strumösen Luftröhrenerkrankungen, z. B. der Tracheitis, der Stauungskatarrhe ist die Tracheoskopie nützlich. Dieselbe ist eine technisch gut ausgebildete, allgemein anwendbare, unschädliche klinische Untersuchungsmethode.

JONQUIÈRE.

105) **Reichel** (Chemnitz). **Complicationen nach Kropfoperatinoen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1905.*

Fall 1: Bei der Strumectomie wurde bei der 25 jährigen, graviden Patientin ein dem Isthmus angehöriger Theil der Schilddrüse von mindestens Hühnereigrösse zurückgelassen. Nach wenigen Tagen traten Erscheinungen von Tetanie ein, die auf Thyreoïdin zurückgingen. Der bei der Operation zurückgelassene Rest der Thyreoïdea verkleinerte sich auf die Hälfte, und es entwickelte sich eine Cachexia strumipriva, die — Patientin nahm das verordnete Thyreoïdin nicht mehr — spontan wieder verschwand unter einer allmälich wieder zunehmenden Vergrösserung des Kropfrestes.

Fall 2: Operation eines Colloïdkropfes bei einer 35 jährigen Frau, Zurücklassung eines über hühnereigrossen Stückes, Entwicklung einer Cachexia strumipriva, Besserung auf Thyreoïdin und völliges Verschwinden der Kachexie unter Wachsthumserscheinungen des Thyreoïdrestes. Unter stetigem Wachsthum entwickelte sich ein Tumor, der sich als Carcinom — dem die Patientin auch erlag — erwies. Obwohl also hier das „Kropfrecidiv durch maligne, krebsige Entartung des Kropfes bedingt" war, schwand die entstandene Kachexie doch vollständig.

Fall 3: 59 jährige Patientin, Operation eines grossen Colloïdkropfes, Entfernung des Tumors (Gewicht 2 Pfd.), Zurücklassung eines Kropfrestes von fast Faustgrösse, der tiefer tretend die Luftröhre comprimirte und so starke Dyspnoe hervorrief, dass tracheotomirt werden musste. Unter Localanästhesie Verlagerung des zurückgebliebenen Kropfrestes vor die Hautwunde — Exothyreopexie nach Jaboulay —, da seine Resection die Gefahr der Kachexie zu nahe gerückt hätte. Schrumpfung auf Hühnereigrösse und secundäre, operative Verlagerung unter die Haut. Heilung.

Fall 4: 16 jährige Patientin, Kropfoperation, nach der Operation Stridor, Cyanose, Exitus trotz Tracheotomie und künstlicher Athmung. Autopsie ergab doppelseitigen Pneumothorax, subpleurales interstitielles Emphysem, Perforation der Pleura. Eine Verletzung der Pleura bei der Operation ist auf Grund des Obductionsbefundes ausgeschlossen. Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

106) A. Hamonn. **Bemerkungen über Thyreodectomie, mit Bericht über Fälle. (Remarks on thyreodectomy with report of cases.)** *Cleveland Medical Journal. November 1905.*

Im ersten Fall entwickelte sich nach der Operation Tetanie, die nach Anwendung von Thyreoidextract wieder verschwand; es trat Recidiv ein. Der zweite Fall starb am dritten Tage nach der Operation, nachdem Delirium bestanden hatte: der dritte Fall starb eine halbe Stunde nach der Operation an Shock. Der vierte Fall genas, obwohl er durch einen endotheliomatösen Tumor des Schädels complicirt war.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

107) Silas Lindqvist (Schweden). **Ueber congenitale Oesophagusstenosen. (Om kongenitale Oesophagusstenoser.)** *Upsala läkereförenings förhandl. Bd. X. N. F. p. 332—330.*

21 jähriger Mann, der seit der frühesten Kindheit an Schluckbeschwerden gelitten und nur unvollständig sich hat ernähren können. Seine Entwicklung ist mit der eines 10—12 jährigen Knaben vergleichbar. Aetzungen, Syphilis und andere pathologische Veränderungen des Oesophagus ausgeschlossen. — Die Verengerung liegt 15 cm von der Zahnreihe und eine Sonde von nur 5 mm Kaliber kann mit Schwierigkeit die Stenose passiren. Nach einwöchiger täglicher Sondirung wurde die Stenose für eine Sonde von 1 cm durchgängig.

E. SCHMIEGELOW.

108) J. Bryant jr. **Myom des Oesophagus. (Myoma of the esophagus.)** *Journal of the American Medical Association. 30. December 1905.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Oesophagusmyom, beide bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter. In einem Falle bestand ausgesprochene Strictur der Speiseröhre durch den Tumor, der 3,2 : 2,5 cm im Durchmesser maass, und es bestanden auch Knötchen und Geschwüre an der Cardia und im Fundus des Magens. Im zweiten Fall bestanden keine klinischen Symptome der Strictur. Beide Male wurde der Tumor bei der Autopsie von Patienten gefunden, die an anderen Ursachen zu Grunde gegangen waren.

EMIL MAYER.

109) W. Wendel (Marburg). **Ueber Röntgenbehandlung des Oesophaguskrebses.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Unter Hinweis auf die vielfach unbefriedigenden chirurgischen Resultate und die Versuche Einhorn's und Exner's mit Radium berichtet Autor über einen Fall von vorgeschrittenem, tiefsitzendem Oesophaguscarcinom, den er durch das Oesophagoskop hindurch mit Röntgenstrahlen behandelte und bei welchem in 8 Sitzungen eine bedeutende Besserung erzielt wurde.

HECHT.

110) Antony (Paris). **Der Speiseröhren-Speichelreflex als Symptom des Speiseröhrenkrebses. (Du reflexe oesophago-salivaire envisagé comme symptôme du cancer d'oesophage.)** *Société médicale des hôpitaux. 10. Februar 1905.*

Roger hat gezeigt, dass Reizung der Speiseröhrenschleimhaut auf dem Reflexwege eine abundante Salivation zur Folge hat. Zur Stütze dieser Beobachtung

führt Verf. eine Reihe von Fällen von Oesophaguscarcinom an, bei denen eine ständige Salivation bestand.

PAUL RAUGÉ.

111) **Kasansky** (Dmitziewska). **Operative Behandlung des Oesophaguscarcinoms.** *Baseler Dissertation. Bern 1905.*

Da wir Laryngologen nicht selten die ersten sind, eine Oesophagusstenose und einen Speiseröhrenkrebs festzustellen, sowie autoritativ anzugeben, was gemacht werden sollte, so ist es gerechtfertigt, die vorliegende Arbeit hier zu referiren. Es kommen drei Operationen in Frage: die Oesophagectomie, welche aus ersichtlichen Gründen selten ausgeführt wird; die Oesophagotomia externa, welche nur bei Carcinom im obersten Drittel ausführbar ist und darin besteht, unterhalb der Strictur eine Fistel anzulegen: die Gastrotomie, d. h. die Anlegung einer Magenfistel, welche das gewöhnliche ist. Aus einem reichen Material, welches Verf. aus verschiedenen chirurgischen Kliniken, namentlich der Baseler, zusammengestellt hat, ergeben sich für unmittelbare Mortalität resp. für die Todesfälle im directen Anschluss an die Operation und für die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation folgende Zahlen:

Zahl der Operationen	Todesfälle	Mortalitätprocent	Mortalitätquotient (Ref.)	Lebensdauer
19 Oesophagectomien . .	14	74	1,35	113,5 Tage
376 Gastrotomien . . .	291	78	1,29	61 „
11 Oesophagotomien . .	9	82	1,22	79 „

Die grossen Zahlenunterschiede der verschiedenen Operationen lassen die Zahlen der Radicaloperation resp. Oesophagectomie kaum als zuverlässig erscheinen, während die ungünstigen Zahlen der Gastrotomie jedenfalls dadurch zu erklären sind, dass diese Operation noch bei sehr heruntergekommenen Patienten ausgeführt zu werden pflegt, während für die beiden anderen robustere Kranke ausgewählt werden müssen. Verf. glaubt die Gastrotomie als einen Eingriff empfehlen zu können, dessen Technik bei relativ leichter Ausführung sich immer mehr vervollkommnen und bessere Resultate erzielen werde. Sehr ermunternd sind jedenfalls bis jetzt keine dieser Zahlen, was zum Theil darauf zurückzuführen ist, dass der Speiseröhrenkrebs nicht schmerzhaft ist und erst Beschwerden macht, wenn Stenosensymptome eintreten, wo dann die Neubildung schon weit um sich gegriffen hat.

JONQUIÈRE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XVI. Sitzung am 30. April 1905 zu Köln.

Anwesend 30 Mitglieder.

I. Hansberg (Dortmund): Ueber die Freilegung des Bulbus venae jugularis.

II. Hopmann I: Demonstrationen:

a) Complete Obliteration beider Nasenhälften nach Diphtheritis. Die Nasenathmung wurde durch Abtragung eines Theiles der Muscheln, des Septums und des Narbengewebes mittels Conchotom wieder hergestellt. H. betont die Seltenheit vollständiger Verwachsungen des Naseninnern in Folge von Diphtherie.

b) H. stellt ferner eine Patientin vor mit oberer Schlundstenose und Stenose im unteren Rachenraum, rechtsseitiger Keratitis parenchymatosa und Iritis und starker Schwerhörigkeit, entstanden durch acquirirte oder congenitale Lues.

c) Demonstration eines Falles von primärem Epitheliom der Uvula bei einem Tuberculösen. Die galvanokaustisch abgetragene Geschwulst ergab bei der mikroskopischen Untersuchung typischen Plattenepithelkrebs. Beide Lungen infiltrirt, in der linken Spitze grosse Caverne, im Sputum Tuberkelbacillen. Nach der Operation wesentliche Besserung der Schluckbeschwerden und des Allgemeinbefindens.

d) Schiefstand, Asymmetrie und abnorme Beweglichkeit des Larynx. Der ausserordentlich interessante Fall eignet sich nicht für einen kurzen Bericht. (Ausführliche Beschreibung im officiellen Protokolle in der Münchener med. Wochenschrift.)

III. Neuenborn (Crefeld) demonstrirt einen Patienten mit hereditärer Lues, bei welchem eine complete Verwachsung des weichen Gaumens, der beiden hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand und der Epiglottis mit dem Zungengrunde besteht. Durch eine spaltförmige Oeffnung im Zungengrunde findet Athmung und Nahrungsaufnahme statt. Die Affection hatte vor mehreren Jahren mit einer Anschwellung am Halse begonnen, nach deren Verschwinden Geschwürsbildung auf Gaumen und Rachenwand aufgetreten war. Die Vernarbung trat prompt nach Darreichung von Jodkali ein.

IV. Reinhard (Duisburg): Stirnhöhleneiterung und Stirnlappenabscess.

Bei dem 26 Jahre alten Patienten wurde wegen Naseneiterung, heftigen halbseitigen Kopfschmerzen und Temperatursteigerung bei unregelmässigem Puls die bei der Durchleuchtung dunkel befundene linke Highmorshöhle und Stirnhöhle eröffnet, wobei aus beiden Höhlen grosse Eitermengen entleert wurden. Von der hinteren, im lateralen Winkel dunkel verfärbten Stirnhöhlenwand aus Freilegung eines Extraduralabscesses von Haselnussgrösse; in der gelblich verfärbten und infiltrirten Dura konnte keine Fistel nachgewiesen werden. Nach der Operation in den ersten Stunden Besserung der Beschwerden, doch auffällige Unruhe des Patienten, der sich Trübung des Bewusstseins und amnestische Aphasie beigesellten. Tod. Bei der Autopsie zeigte sich hinter dem Sitz des Extraduralabscesess nach Eröffnung der Dura in einer Tiefe von 5 mm ein pflaumengrosser Abscess am Boden der zweiten linken Frontalwindung, ausserdem ausgedehnte Leptomeningitis.

R. räth dringend, bei Stirnhöhlenoperationen das Verhalten der hinteren Wand zu beobachten und auch ohne Auftreten von Herdsymptomen bei anhaltenden Kopfschmerzen in die Tiefe weiter vorzudringen und die Dura freizulegen, was nach R.'s Auffassung ebenso wie die häufig unbeabsichtigte Freilegung derselben bei Ohraufmeisselungen keine nennenswerthe Gefahr in sich birgt.

Discussion:

Kronenberg (Solingen) legt auf das Vorhandensein oder Fehlen der Pulsation des Eiters keinen entscheidenden Werth; er hat bei Stirnhöhlenempyemen Pulsation, ohne dass die Dura freilag, gesehen, ebenso Fehlen der Pulsation trotz Verbindung mit der Dura; K. erklärt sich dies durch die Annahme, dass schwartige Verdickungen und Verwachsung der Dura in der Umgebung der Durchbruchstelle bestehen.

Hansberg hält die Bezeichnung extraduraler Abscess in diesem Fall für zweckmässiger als subduraler und bestätigt die auch von Reinhard beobachtete Thatsache, dass die Stirnlappenabscesse selten Herdsymptome machen. Eine Freilegung der Dura hält H. nicht für absolut gefahrlos und sucht z. B. bei Aufmeisselung des Nasenfortsatzes dieselbe nach Möglichkeit zu vermeiden.

V. Buss (Münster i. W.) demonstrirt einen kindsfaustgrossen Tumor des Nasenrachenraums, der bei Entfernung der colossal hypertrophirten unteren Muschel beim Durchschneiden des hinteren unteren Muschelrandes mit abgetragen wurde; die Geschwulst enthält kleine Knochenpartien und ist nach Ansicht des Vortragenden durch Hypertrophie der hinteren Muschelenden, die in Folge eines Entzündungsprocesses mit einander verklebt und verwachsen waren, entstanden. Eine Verbindung mit dem Nasenrachenraum war nicht festzustellen, wohl aber mit den unteren Muscheln.

VI. Hopmann II: Ueber Rhinitis caseosa.

Bei der an Nasenverstopfung und eitriger Secretion leidenden 9jährigen Patientin war die rechte Nasenseite frei, links Hypertrophie der mittleren Muschel; die Nasengänge angefüllt mit käsiger, übelriechender Masse, die durch Ausspritzen leicht entfernt wurde; die mikroskopische Untersuchung ergab nur Leukocyten. Die Nebenhöhlen wurden frei befunden. Aetiologisch dürfte wahrscheinlich ein beim Erbrechen oder Husten durch die Choanen in die Nase gelangter Fremdkörper die Ursache sein.

Discussion:

Röpke hat einen ähnlichen Fall beobachtet, bei welchem wahrscheinlich eine Rhinitis fibrinosa die Entstehung der käsigen Massen verursacht hatte.

VII. Nehab (Ems) empfiehlt das in der Poliklinik von Scheier (Berlin) vielfach angewandte Sanoform zur Nachprüfung.

Dasselbe wird als Streupulver und 10proc. Sanoformgaze gebraucht und verbindet die antibacterielle Wirkung des Jods und der Salicylsäure, die bei Berührung des Sanoform mit dem lebenden Gewebe frei werden; es ist geruch- und farblos. Intoxikationserscheinungen wurden nicht beobachtet; bei eitrigen Processen und zur Nachbehandlung nach galvanokaustischen Operationen hat es gute

Dienste geleistet und ist nach Ansicht des Vortragenden ein gutes Ersatzmittel für Jodoform.

Discussion:

Blumenfeld (Wiesbaden) fragt den Vortragenden, ob nach Anwendung des Sanoform Jod im Harn nachweisbar sei, was N. bejaht.

VIII. Zumbroich (Düsseldorf): Demonstration eines Falles von Tabes auf luetischer Basis mit rechts completer, links incompleter Recurrenslähmung.

Moses (Köln).

---

b) Londoner larngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. April 1905.

Davis: 1. Traumatische Perforation der Nasenscheidewand bei einem 17jährigen Knaben.

Es handelte sich um eine Perforation des knorpeligen Septums bei einem Knaben, der in einer Zuckerniederlage beschäftigt war. Er gab an, dass es in den Arbeitsräumen sehr staubig war und dass er sich während der Arbeit ständig in der Nase kratzte. Die Perforation hat sich, seitdem Patient die Beschäftigung geändert hat und Ausspülungen mit Tanninlösung macht, erheblich verkleinert.

2. Ein seit drei Wochen in den oberen Luftwegen eines 10jährigen Kindes eingekeiltes Stück Kreide.

Es war Dyspnoe und Bronchitis vorhanden; während der laryngoskopischen Untersuchung veränderte das Kreidestück seine Lage und wurde verschluckt. Später ging der Fremdkörper per rectum ab.

Jobson Horne: Ein Fall von Kehlkopfkrebs.

Es handelte sich um einen 58jährigen Mann, der vor 15 Jahren Syphilis acquirirt hatte; die linke Seite des Larynx ist ergriffen, die rechte gesund.

De Santi hält den Fall für eine Operation sehr geeignet.

Ch. Symonds glaubt, dass der Tumor von der Epiglottis ausgehe und sich auf die ary-epiglottische Falte fortgesetzt habe.

Dundas Grant hält eine Ausbreitung der Geschwulst auf den Pharynx nicht für ausgeschlossen. Eine Palpation in Narkose könnte dies feststellen. Im positiven Fall würde die Prognose sich erheblich ändern.

Sir Felix Semon hält den Fall zur Pharyngotomia subhyoidea für geeignet. Selbst wenn der Tumor ausgedehnter sei, als es nach der laryngoskopischen Untersuchung scheint, würde dies die Chancen einer Totalexstirpation nicht herabsetzen.

Kelson: Ein Fall von Zungentumor bei einem 60jährigen Mann.

Seit vier Monaten Trockenheit im Halse und Schluckbeschwerden. Man findet einen kirschgrossen Tumor auf dem Zungenrücken in der Gegend des Foramen coecum. K. glaubt, dass der Tumor mit dem Ductus thyreo-glossus zusammenhänge.

Davis hält den Tumor für eine Cyste des Thyreo-glossus.

Robinson glaubt, dass der Tumor mit dem lymphatischen Gewebe in der Umgebung der Papillae circumvallatae zusammenhänge.

Lambert Lack: Fall von Spitzbogenform des Gaumens und Schiefstellung der Zähne in Folge von Nasenverstopfung.

Es handelte sich um einen $12^1/_2$ jährigen Knaben, der seit 2 Jahren eine linksseitige Facialislähmung hatte. Die Spannung der Gewebe war auf der rechten Seite des Mundes viel ausgesprochener als auf der linken gelähmten. Es bestand Nasenverstopfung und Mundathmung; es fand sich die typische Form des hohen Gaumens und die Zahnstellung, wie sie für Mundathmer charakteristisch sind; auffallend war jedoch, dass die Deformität des Ober- und Unterkiefers weit ausgesprochener auf der rechten Seite war, d. h. auf der Seite, auf der die Spannung der Gewebe eine grössere war. L. sieht in diesem Fall eine Stütze für die von ihm stets vertretene Theorie, wonach bei der in Frage stehenden Deformität die hauptsächlichste Rolle dem von den Weichtheilen der Wange ausgeübten Zuge zukomme.

Ball hält den Fall gleichfalls für sehr lehrreich: er kann aber nicht zugeben, dass der Zug der Weichtheile das einzige Moment beim Zustandekommen der Deformität sei. Er führt als weitere Momente die Weichheit der Knochen und das Element der Heredität an.

Robinson: Man kann kaum von einer bestehenden Facialislähmung sprechen. Könnte nicht fehlerhaftes Beissen zu einer solchen Asymmetrie führen?

Westmacott hat zusammen mit Champion eine Anzahl von sogenannten hohen Gaumen untersucht; er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Höhenzunahme nur eine scheinbare ist und thatsächlich nicht besteht. Es ist nur eine Annäherung der Alveolarränder vorhanden. Auch ist der Nasenboden nicht erhöht.

Der Vorsitzende theilt einen Fall von congenitaler Choanalatresie mit, bei dem der vordere Theil der Nasenhöhle weit und gut entwickelt war. In diesem Fall waren die Alveolarbögen so verdickt, dass sie in der Mittellinie des Gaumens zusammenstiessen.

Sir Felix Semon hat einen Fall von Choanalatresie mit völlig normalem Gaumen gesehen.

Kelson: Wenn man dem Muskelzug eine Rolle beim Zustandekommen der Deformität einräumt, woher kommt es, dass diese so wenig beim Unterkiefer ausgesprochen ist, der der Thätigkeit sehr kräftiger Muskeln, wie der Masseteren und der Pterygoidei ausgesetzt ist?

Thorne: In Lack's Fall zeigt der Unterkiefer dieselbe Asymmetrie wie der Oberkiefer, wie das auch stets bei Mundathmern zu erwarten ist.

Pegler: 1. Fall von Verbreiterung und Deformation der äusseren Nase, verursacht durch beiderseitige weiche Schwellung am vorderen Drittel des knorpeligen Septums. Vollständige Verstopfung der Nase.

Eine Narbe am Gaumen spricht für Syphilis. Es ist Jod gegeben worden.

In der Discussion wird die Differentialdiagnose zwischen Gummi und Hämatom des Septums erörtert; es betheiligen sich daran Robinson, Grant, De Santi, Horn, Davis und der Vorsitzende.

2. Fall von hartnäckigem Kopfschmerz, begleitet von Borkenbildung und schleimig-eitriger Secretion, bei einem 40 jährigen Mann, bei dem die Untersuchung der Oberkiefer-, Stirn-, Keilbeinhöhle keine Resultate ergeben hat.

Die Hauptsymptome sind Borkenbildung und schleimig-eitriger Ausfluss; es besteht kein Fötor; die Nasenschleimhaut ist atrophisch.

Waggett und Clair Thomson halten Empyem der hinteren Siebbeinzellen für vorliegend und erachten weiteres chirurgisches Vorgehen für erforderlich.

Dundas Grant spricht über den Sondermann'schen Saugapparat als einem Hülfsmittel bei der Diagnose.

Sir Felix Semon, Westmacott, Tilley glauben, dass hier einer jener Fälle vorliege, in denen es sich nicht um eine bestimmte Erkrankung der Nebenhöhlen, sondern um einen allgemeinen krankhaften Zustand der Schleimhaut im Rachen und Nasenrachen handelt.

Betham Robinson: Weiches Fibrom des linken Stimmbandes.

Charters Symonds: Angiom des Kehlkopfs.

Pat., ein 30 jähriger Mann, klagt über häufige Schnupfenanfälle, begleitet von Heiserkeit. Vor 10 Jahren Syphilis, die behandelt worden war.

Man fand eine purpurrothe, harte Schwellung mit lappiger Oberfläche, oberhalb der rechten Stimmlippe, in welcher das Taschenband aufgegangen war. Von Zeit zu Zeit wechselte der Tumor an Grösse; bei der Phonation wurde der vordere Theil des rechten Stimmbandes sichtbar, das in seinen Bewegungen und seinem Aussehen normal war. S. glaubt, dass es sich um ein seit der Geburt vorhandenes Angiom handelt.

Sir Felix Semon stimmt der Diagnose zu; es handelt sich um ein sehr seltenes Vorkommniss, wie er es noch nicht gesehen hat. Er räth, den Tumor nicht anzurühren.

St. Clair Thomson beschreibt einen ähnlichen Fall, den er vor 30 Jahren beobachtet und der an Blutungen litt; es ist damals Galvanocaustik angewandt worden.

Pegler und Scanes Spicer betheiligen sich an der Discussion.

Herbert Tilley: Subglottische Schwellung wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs Trachealstenose verursachend.

Antisyphilitische Behandlung ist bisher ohne Erfolg geblieben. Er fragt, ob die Tracheotomie rathsam ist.

Robinson hat einen ähnlichen Fall, in dem antisyphilititische Behandlung keine Besserung hervorbrachte, mit Tracheotomie behandelt.

Tilley: Rechtsseitige Abductorlähmung mit Lähmung der rechten Gaumen- und Pharynxhälfte, des rechten Sternomastoideus, der oberen Fasern des Trapezius, Ptosis des rechten Augenlids und Pupillencontraction.

Pat. ist ein 61 jähriger Mann, bei dem die Symptome im Anschluss an einen

Spasmus der Athmung verknüpft mit vorübergehendem Bewusstseinsverlust auftraten. Unterhalb des Kiefers bestand auf der rechten Seite eine taubeneigrosse harte Geschwulst in der Gegend der Submaxillardrüse. Hinter dem aufsteigenden rechten Oberkieferast, zwischen diesem und dem vorderen Rand des Sternocleidomastoideus eine Anschwellung. Es waren nirgends sonst Anzeichen einer Nervenläsion aufzufinden. Möglicherweise handelte es sich um einen Tumor an der Schädelbasis, in dem der Nerv eingeschlossen war. Die Krankengeschichte datirt seit 2 Monaten.

Dundas Grant, Robinson, Sir Felix Semon betheiligen sich an der Discussion.

Waggett: Fall von doppelseitigem Stirnhöhlenempyem bei einem jungen Manne durch Operation von aussen behandelt.

Die Operation von aussen gestattete eine Inspection der rechten Stirnhöhle, zeigte, dass der untere Theil der Höhle unter Ausspülungen von der Nase her völlig geheilt war, während in dem oberen von jenem durch ein Septum getrennten Theil der Höhle noch reichlich Eiter vorhanden war; dieses Septum communicirte durch eine Oeffnung mit der linken Stirnhöhle. Links wurde nach Killian operirt, rechts nach Ogston-Luc. Fünf Monate nach der Operation ist die Heilung vollkommen; es ist beiderseits ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat vorhanden.

Charters Symonds: 1. Larynxpapillome.

Bei dem 37 jährigen Patienten ist ein solches Papillom am vorderen Theil der linken Stimmlippe vorhanden.

2. Ein Fall, bei dem vor 7 Jahren die Totalexstirpation des Kehlkopfs gemacht worden ist.

Es handelt sich um eine 64 jährige Patientin: es ist im Januar 1898 der Kehlkopf exstirpirt worden, gleichzeitig die Schilddrüse, an der man einige geschwollene Lymphdrüsen fand. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Die Trachea war an die Haut fixirt worden; Pharynxnaht. Wenig Zeit später entwickelte sich Myxödem, das unter Anwendung von Schilddrüsenextract sich besserte, doch muss mit der Behandlung fortgefahren werden. Patientin befindet sich ausgezeichnet und steht einer Hôtelküche vor. Sie kann sich sehr gut verständlich machen.

Im Jahre 1895 hat Sir Felix Semon bei ihr die Tracheotomie vorgenommen wegen einer auf Juxtapposition der Stimmlippen und Infiltration derselben beruhenden Dyspnoe. In dem engen Glottisspalt sah man einen weisslichen Tumor. Aphonie bestand schon seit 10 Jahren. Nach Tracheotomie trat Besserung ein und es wurde Jodkali gegeben.

Sir Felix Semon, Thorne. Thomson beglückwünschen den Redner zu dem guten Resultat.

Donelan: Larynxgeschwüre (zur Diagnose vorgestellt).

Sitzung vom 5. Mai 1905.

Donelan: Fall von fast vollständigem knöchernen Verschluss der linken Nase in Folge Trauma und Septumverbiegung bei einem 25jährigen Mann.

Waggett, Tilley, Grant, Pegler, Scanes Spicer sprechen über die in Frage kommenden Operationsverfahren.

De Santi: Kehlkopffall zur Diagnose.

56jähriger Mann; es besteht rechtsseitige Stimmbandlähmung und Schwellung des rechten Crico-arytaenoidgelenks, die Bewegungen des linken Stimmbands sind beschränkt. Es sind keine Symptome einer intrathoracischen Erkrankung auffindbar.

Dundas Grant beschreibt einen ähnlichen Fall, in dem die Bougirung der Speiseröhre einen malignen Tumor ergab.

Sir Felix Semon macht auf die Möglichkeit aufmerksam, dass hier eine Anchylose des Arytaenoidgelenks vorliege.

Thorne, Woods, Barwell sprechen über die Diagnose.

Scanes Spicer und Horne rathen, eine Untersuchung der Brust mit Röntgenstrahlen vorzunehmen.

Waggett: Blutender Septumpolyp bei einem 9jährigen Knaben.

In beiden Nasenhöhlen war je ein himbeerartiger Tumor vorhanden, der mit breiter Basis dem Septum aufsass. Es kam häufig zu Blutungen. Der Tumor auf der rechten Seite ist bereits vor 2 Jahren constatirt worden.

Pegler, Scanes Spicer und Wood halten den Fall für tuberculös.

Horne: Die histologische Untersuchung, auch der Befund von Riesenzellen, sind kein sicherer Beweis für Tuberculose.

Sir Felix Semon: Zerstäuber zum Spray für flüssige Vaseline.

Der von Goldstein (St. Louis) construirte Apparat besteht aus einem Nasenbehälter, in dem Vaselin zerschmolzen wird und an dem ein Zerstäuber befestigt ist. Die Anwendung ist bei atrophischer Rhinitis von Nutzen.

Pinkus demonstrirt in Abwesenheit von Heryng (Warschau) einen neuen Inhalator.

Lambert Lack: Fall von Angiom des Gaumens.

Pat. ist ein 21jähriges Mädchen. Seit 12 Monaten besteht auf dem Gaumensegel ein rother Fleck, der in den letzten 2 Monaten an Grösse zugenommen hat, jetzt ungefähr die Grösse eines Schillings hat und sich bis auf die Wange ausausgedehnt hat. Die Oberfläche ist von dilatirten Gefässen bedeckt. Beim Essen treten Blutungen auf.

Der Vorsitzende, De Santi und Waggett rathen zur Exstirpation; die Incision soll in einiger Entfernung vom Tumor angelegt werden.

Dundas Grant: Pharynxdivertikel sich in den rechten Sinus pyriformis öffnend.

Bei der 51jährigen Patientin bestehen seit einem Jahre geringe Schwierigkeiten beim Schlucken. Ueber der rechten Kehlkopfhälfte fand man eine längliche

Anschwellung. Nachdem Patientin eine Bismuthemulsion verschluckt hatte, wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, und es zeigte sich das Vorhandensein eines jener Schwellung entsprechenden Divertikels. Nach dem Schlucken regurgitirte oft unverdaute Nahrung. Die Einführung einer Sonde gelang nicht.

Waggett räth zur sorgfältigen Untersuchung der Oeffnung mittels einer kurzen Killian'schen Tube.

Davis: Linksseitige Facialislähmung seit einer Woche; Ulceration des Oro- und Nasopharynx seit 5 Wochen.

Die Facialislähmung soll nach einer nächtlichen Eisenbahnfahrt aufgetreten sein; es handelt sich nach D.'s Ansicht um eine wirkliche Ball'sche Lähmung. Die Geschwüre sind specifischer Natur; ihr Zusammentreffen mit der Lähmung ist ein rein zufälliges.

Sir Felix Semon denkt an die Möglichkeit, dass die Lähmung durch ein Gummi bedingt sein kann und räth eine antisyphilitische Behandlung.

Dundas Grant: Eine Ball'sche Lähmung würde schnell von selbst verschwinden; im Interesse des Patienten liegt es, ihm bald Jodkali zu geben.

Dundas Grant: Pharynxgeschwür vom Aussehen einer tertiärsyphilitischen Affection, jedoch mit einer für Epitheliom charakteristischen Induration.

Die Krankheit besteht seit 3 Monaten; es ist keine Drüsenschwellung vorhanden.

Sir Felix Semon räth zur mikroskopischen Untersuchung; er wie De Santi und der Vorsitzende halten eine maligne Erkrankung für wahrscheinlich.

Scanes Spicer: Subacute Osteomyelitis des Stirnbeins mit Empyem der rechten Stirnhöhle.

S. sah den 35 jährigen Patienten 4 Tage nach Beginn der Krankheit. Es bestand Schwellung in der Gegend der rechten Stirnhöhle; Oedem des Augenlids und Schmerzen. Es wurden Eisumschläge gemacht, Mentholinhalationen; da dies keinen Erfolg hatte, wurde die Höhle von aussen geöffnet und man fand sie voller Eiter und das Stirnbein entzündet. Heilung.

Der Vorsitzende erwähnt einen ähnlichen tödtlich verlaufenen Fall.

Sitzung vom 2. Juni 1905.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Barwell: 1. Fall von Nasentuberculose.

29 jährige Frau mit den Zeichen des ersten Stadiums einer Phthise, auf der einen Seite des Septums fand sich vorn ein tuberculöses Ulcus und auf der mittleren Muschel eine Granulationsmasse.

Smurthwaite erwähnt einen Fall von primärer Tuberculose des Septums, bei dem sich später eine acute Lungentuberculose entwickelte.

Charters Symonds hat in Fällen von primärer Tuberculose des Septums und der unteren Muschel Heilung eintreten sehen.

2. Fall von Lupus des Larynx und der Uvula.

Cathcart: 1. Fall von eigenthümlichen multiplen Geschwülsten in der Regio epiglottica bei einem 43jährigen Mann.

Davis und Thorne glauben, dass es sich um Hyperplasien der Zungentonsille handle.

2. Fall von Neubildung in der rechten Oberkieferhöhle eines 10jährigen Knaben.

Barwell und der Vorsitzende halten eine Zahncyste für vorliegend.

De Santi: Präparate von einem malignen Tumor des Rachens und Kehlkopfs.

Patientin ist in einer früheren Sitzung vorgestellt worden.

Der Vorsitzende erklärt die Präparate für Carcinom.

Kelson: 1. Präparate von einem Zungentumor.

Das mikroskopische Bild ist das eines Fibroms.

2. Fall von Ausschlag im Pharynx.

Pat. ist eine 47jährige Frau; auf den Tonsillen und dem Gaumen bestehen auf einer gerötheten Unterlage weissliche Flecken, die zum ersten Mal vor fünf Monaten auftraten. Es sind im Jahre 1903 und 1904 der Gesellschaft ähnliche Fälle vorgestellt worden, die gleichfalls den secundär-syphilitischen Affectionen der Secundärperiode durchaus ähnlich sahen, aber ebenfalls auf antisyphilitische Behandlung nicht reagirten; auch fand sich in den Antecendentien nichts von Syphilis. Die Affection bestand stets länger als ein Jahr, war oberflächlich und hinterliess keine Narben. Niemals waren Blasen vorhanden. Von Zeit zu Zeit verschwanden die Flecken, um wiederzukommen.

de Havilland Hall und der Vorsitzende discutiren die Möglichkeit, dass es sich um Herpes oder Pemphigus handelt.

Smurthwaite: Kehlkopfepitheliom bei einem 51jährigen Mann.

Patient ist seit 5 Jahren heiser. Das rechte Stimmband ist verdickt und hat unregelmässige Beschaffenheit. Ein Stück davon wurde entfernt; die Untersuchung ergab Plattenepithelkrebs. In der Mitte des linken Stimmbandes besteht gleichfalls eine erkrankte Partie.

De Santi spricht über die von Moore (Lancet. April 1905) vorgeschlagene Methode, bei Carcinom, gleichviel an welcher Stelle des Körpers der Sitz der Neubildung sei, den Mageninhalt auf freie Salzsäure zu untersuchen.

Sir Felix Semon meint, dass hier einer der seltenen Fälle von Autoinfection des anderen Stimmbandes vorliege.

St. Clair-Thomson spricht über den Werth der Digitaluntersuchungen des Kehlkopfs nach der Laryngofissur.

Lambert Lack hält keine maligne Neubildung für vorliegend.

Saint Clair Thomson: Zeichnung von einem Kehlkopfangiom.

Es handelte sich um eine Teleangiectasie, die, unterhalb der Schleimhaut gelegen, die rechte Fossa glosso-epiglottica, die Taschenbänder, die subglottische Region und die rechte ary- und epiglottische Falte einnahm. Pat. war 30 Jahre alt.

Atwood Thorne: 17 jähriges Mädchen mit völliger Lähmung des linken Stimmbandes, verbunden mit Dilatation der linken Pupille, Mitralstenose und Erweiterung des linken Herzohrs.

Vor 4 Jahren acuter Rheumatismus; seit 4 Monaten Heiserkeit. Radialpuls auf beiden Seiten gleich. Dr. Wilfred Harris hat die Brustorgane untersucht und fand eine ausgesprochene Mitralstenose. Untersuchung mit X-Strahlen ergab kein Aneurysma, dagegen einen ausserordentlich grossen Schatten an der Herzbasis auf der linken Seite, was als eine Hypertrophie des Herzohrs gedeutet wurde.

Thorne erklärt den Fall als Compression des Recurrens durch das vergrösserte Herzohr; die Dilatation der Pupille wird zurückgeführt auf eine Reizung des Sympathicus aus derselben Ursache.

Lambert Lack: 1. Mikroskopische Schnitte von einem Angiom des Gaumens, das von dem in der letzten Sitzung demonstrirten Patienten herstammt.

Die Geschwulst ist exstirpirt worden. Der Schnitt wurde im gesunden Gewebe geführt. Eine Blutung aus einer Arterie wurde mit dem Thermokauter zum Stehen gebracht. Die Schnitte zeigen, dass es sich um ein einfaches Angiom handelte.

Pegler hält den Fall für ein reines cavernöses Angiom.

2. Präparat von adenoiden Vegetationen, die bei einem 59jährigen Manne entfernt wurden.

Pat., ein sonst völlig gesunder Mann, klagte seit 3 Monaten über Schwerhörigkeit, die im Anschluss an eine damals überstandene Influenza aufgetreten ist. Man fand grosse adenoide Vegetationen, nach deren Entfernung das Gehör völlig wiederhergestellt war.

St. Clair Thomson beschreibt einen ähnlichen eine 50jährige Frau betreffenden Fall.

Furniss Potter hat gleichfalls bei einer 47jährigen Frau solchen Fall beobachtet.

Ferner sprachen der Vorsitzende und De Santi.

De Santi: 47jährige Frau mit inspiratorischer Dyspnoe (zur Diagnose).

Vor 16 Jahren Syphilis. Die Untersuchung ergiebt atrophische Rhinitis, Pharyngitis sicca, chronische Laryngitis und Hyperplasie der Schilddrüse. Letztere ist nach De Santi's Ansicht die Ursache der Dyspnoe.

Havilland Hall meint, der inspiratorische Stridor beruhe auf perverser Action der Stimmlippen; hier wie anderen Fällen sei die von Semon als dia-

gnostisches Merkmal beschriebene Erscheinung vorhanden, dass am Ende einer prolongirten Phonation die Stimmbänder abducirt werden.

Sir Felix Semon spricht über die Thätigkeit der Stimmbänder in Fällen von functionellen Störungen.

Scanes Spicer: Neubildung des linken Stimmbandes bei einem 73jährigen Manne.

Heiserkeit seit 9 Monaten. Es handelt sich um eine papillomöse Neubildung. Das Stimmband bewegte sich normal.

Sir Felix Semon hält das mikroskopische Bild für verdächtig auf Carcinom.

Kelson: Ulceration der Tonsillen und des Gaumens bei einem 45jährigen Manne.

Das Geschwür besteht seit 4 Monaten; Drüsen geschwollen. Es handelt sich wahrscheinlich um eine maligne Erkrankung.

Parker: Fall von Infiltration des Pharynx.

Mehrere Redner erörtern die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Manuel Garcia's 101. Geburtstag.

Am 17. März feierte unser Altmeister, Manuel Garcia, in vollster geistiger und körperlicher Frische seinen hundert und ersten Geburtstag. Mit Freude und Dankbarkeit gedachte er der ihm im letzten Jahre dargebrachten Ovationen und ganz besonders freute es ihn, dass unter den zahlreichen Glückwunschtelegrammen, die ihm an seinem diesmaligen Geburtstag zugingen, sich auch Botschaften von der Londoner laryngologischen Gesellschaft, von den derzeitigen Berliner Delegirten (Professoren Fränkel, Gluck, Kuttner und Generalarzt Landgraf), von Prof. Chiari und Dr. Moll und Gattin befanden. — Mögen dem ehrwürdigen Vater der Laryngologie noch viele Jahre in gleicher Rüstigkeit beschieden sein! —

Gründung der Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Am 6. Juli 1905 berief Prof. Barth die Leipziger Kehlkopf- und Ohrenärzte zusammen und richtete an sie die Anfrage, ob sie sich zu einer Fachvereinigung zusammenschliessen wollten. Von den Anwesenden wurde beschlossen, eine „Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte" zu gründen. In Folge eines Aufrufs an die Collegen, in Sachsen und Thüringen beschloss alsdann eine Versammlung am 4. November die Satzungen. Der Sitz der Gesellschaft, welche zur Zeit 59 Mitglieder zählt, ist vorläufig Leipzig. Der Ort der Versammlungen kann wechseln. Vorsitzender Prof. Barth, Schriftführer Privatdocent Dr. Preysing, Leipzig, Liebigstrasse 20.

Es sind vier Versammlungen im Jahre in Aussicht genommen.

Versammlung am 17. Februar 1906:

Vortrag Barth: Die Tonhöhe der Sprechstimme.

(Von diesem Vortrag wird in bälde ein Autoreferat im Centralblatt erscheinen. Red.)

Vor-Einladung zum Congress des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 4. Juni, findet in Heidelberg in der üblichen Weise der XIII. Congress süddeutscher Laryngologen statt. Das definitive Programm wird Ende April verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, sich an unserer Tagung persönlich zu betheiligen und etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 25. April bei dem Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Ernst Winckler (Bremen), Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden): Luisenstrasse 22, Schriftführer.

Bis jetzt haben Vorträge angemeldet:

1. Herr Gutzmann (Berlin): Ueber die Tonlage der Sprechstimme.
2. Herr Kuhn (Cassel): Die perorale Tubage (Kuhn) in der Pharyngo Rhinologie.
3. Herr Killian (Freiburg): Zur Diagnose des Aortenaneurysmas.
4. Herr Seifert (Würzburg): Beitrag zur Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.
5. Herr Dreyfuss (Strassburg): Die Stellung der Laryngologie bei der Bekämpfung der Tuberculose.
6. Herr Winckler (Bremen): Bakteriologische Befunde bei Nasen- und Rachenaffectionen nebst Schlussfolgerungen für die Praxis.

Der internationale laryngologische Congress zu Wien. Ostern 1908.

Die Aussichten für diesen Congress gestalten sich nach den uns zugegangenen Informationen sehr günstig. Bisher haben folgende laryngologische Gesellschaften definitiv zugesagt:

1. Société de Laryngol., d'Otol. et de Rhinologie de Paris.
2. Neederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging Utrecht.
3. The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology Chicago.
4. Società Italiana di Laryngologia, d'Otologia e di Rinologia Firenze.
5. Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.
6. Laryngo-otol. Gesellschaft München.
7. Dansk Oto-Laryngologisk Forening Kopenhagen.
8. Société Belge d'oto-, rhino-laryngologie Gand.
9. La Société Espagnole d'Oto-Rhino-Laryngol. Madrid.
10. Warschauer Laryngol. Gesellschaft.
11. Rhino-laryngol. Section Budapest.
12. Deutsche laryngol. Gesellschaft.

Von den meisten anderen Gesellschaften sind auch bereits Zustimmungen, aber noch keine definitiven Zusagen angelangt.

Persönlich haben u. A. zugesagt:

Belgien: Baer, Eeman, Broeckaert, Capart, Delstanche, Schiffers.

Grossbritannien: Baber, Bronner, Lake, Law, McBride, Mackenzie. Moritz, Pritchard, Semon.

Holland: Burger, Pel, Meyjes, Zwaardemaker, Struyken, Sovpuytt, Hittemaker.

Norwegen: Uchermann.

Spanien: Botella, Urunuela.

Italien: Vedova.
Rumänien: Felix.
Frankreich: Castex, Lermoyez, Moure, Mahu, Jaques, Fure
Dänemark: Schmiegelow.
Russland: Werkowsky, Maljutin.
Griechenland: Dimitriades.
Amerika: Knight, Coggerhall, Wood.
Schweiz: Mermod.
Deutschland: B. Fränkel, P. Heymann, Hartmann, Baginsky, Schötz, Katzenstein, Winckler, Haug, Grünwald, Thost, M. Schmidt, Bresgen, Seifert, Spiess, Vohsen, Avellis, Killian, Jurasz, Brieger.

Das Comité für den internationalen Otologencongress 1908 in Budapest hat seine Bereitwilligkeit erklärt, diesen Congress im unmittelbaren Anschluss an den Wiener internationalen Laryngologencongress abzuhalten.

Es wird eine Türck-Czermak-Medaille geprägt werden.

Bei Gelegenheit des Wiener Congresses wird die Gelegenheit gegeben werden, sich über das Verhältniss internationaler laryngo-rhinologischer Congresse zu den allgemeinen internationalen Congressen auszusprechen und bezügliche Entschlüsse zu fassen.

Personalnachrichten.

Unserem verdienten Specialcollegen, Dr. de Roaldès, ist von seinen Mitbürgern der Ehrenpokal (loving cup) zuerkannt worden, welcher alljährlich in New Orleans demjenigen Manne verliehen wird, der sich in dem betreffenden Jahre die grössten Verdienste um die Stadt erworben hat. Die besondere Veranlassung bildete die durch seinen Enthusiasmus ins Werk gesetzte Gründung eines Musterhospitals für Krankheiten der Augen, Ohren, des Halses und der Nase.

Dr. Ruault (Paris) ist zum Officier der Ehrenlegion ernannt worden. (Ann. des maladies de l'oreille etc.)

Dr. Noltenius ist mit der Leitung der laryngo-oto-rhinologischen Abtheilung am städtischen Hospital in Bremen betraut worden. (Ann. des maladies de l'oreille etc.)

Dr. Keimer ist zum Professor der Rhino-Laryngo-Otologie an der Akademie in Düsseldorf ernannt worden. (Ann. des maladies de l'oreille etc.)

Berichtigung.

Die in der Märznummer d. J. erschienene Besprechung der Arbeit von W. Ziliacus: „Die Ausbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopf" ist nicht von Herrn Jörgen Möller, sondern stellt ein Autoreferat dar.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Mai. 1906. No. 5.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, äusserer Hals, Medicamente.

1) **T. v. Győry. Die historische Wahrheit im Kehlkopfspiegelstreite Czermak-Türck.** *Orvosi Hetilap. No. 46.*

1. Türck bediente sich früher des Kehlkopfspiegels als Czermak, aber ohne nennenswerthe Resultate. 2. Die volle Bedeutung des Kehlkopfspiegels erfasste Czermak früher als Türck. 3. Die ersten Mittheilungen und die erste Demonstration der Laryngoskopie vor der Oeffentlichkeit ist Czermak zu verdanken.

v. NAVRATIL.

2) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystemes. IV. Wie ist meine Theorie bis auf den heutigen Tag zusammenzufassen?** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10 1905.*

Zum kurzen Referat nicht geeigent.

HECHT.

3) **C. v. Eicken. Die klinische Verwerthung der directen Untersuchungsmethoden der Luftwege und der oberen Speisewege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3. S. 371.*

Die aus der Killian'schen Klinik hervorgegangene nahezu 8 Bogen starke Arbeit legt an der Hand von 124 theils kürzer, theils ausführlicher mitgetheilten Krankenbeobachtungen, sowie unter gründlicher Verwerthung der vorhandenen Literatur den heutigen Stand der Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie und der Oesophagoskopie dar. Wer sich mit den directen Methoden, durch welche nach Verf.'s wohl allseitig getheiltem Urtheil „unsere Specialwissenschaft eine bedeutende Erweiterung und Vertiefung erfahren hat", vertraut machen will, wird an der vorliegenden Monographie nicht vorbeigehen dürfen.

F. KLEMPERER.

4) **Otto Dornblüth** (Frankfurt a/M.). **Zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Da die Erreger der Cerebrospinalmeningitis von der Nase und dem Rachen her in den Schädelraum eindringen, empfiehlt Dornblüth prophylaktisch die

grösste Sorgfalt gegenüber den Rachenorganen, insbesondere räth er zu möglichst frühzeitiger operativer Entfernung der hypertrophischen Rachenmandel. Zugleich empfiehlt er bei Meningitisfällen genau auf den Befund im Rachen zu achten, ganz besonders auch bei erkrankten Erwachsenen.

HECHT.

5) **M. Hernando de la Cruz. Die Chirurgie der Athmungswege bei Einführung von Fremdkörpern. (La cirugia de las vias respiratorias per introdución de cuerpos extranos.)** *El Porvenir Médic. Farmac. Juni 1903.*

Mittheilung mehrerer Fälle von chirurgischer Intervention bei Fremdkörpern der Luftwege und daran anschliessende Folgerungen.

R. BOTEY.

6) **Emil Mayer. Blutung bei Operationen in Nase und Hals. (Hemorrhage in nose and throat operations.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Man soll sich stets vergewissern, ob in der Familie keine Tendenz zu Blutungen besteht. Die Tonsillotomie stellt bei Personen über 17 Jahren nicht die einfache Operation dar, wie bei Kindern. Tamponade der Nase nach der Operation ist ein Schutz gegen postoperative Blutungen.

EMIL MAYER.

7) **G. Scherber** (Wien). **Ein Fall von Pemphigus mit eigenthümlichem Verlauf.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 29. 1905.*

Gleichzeitig mit hochgradigen Veränderungen der Haut der Nase und Oberlippe kam es zur ulcerösen Zerstörung des knorpeligen Septums, sowie des Naseninneren bis gegen die Choanen, welche durch zähen, grüngelben Eiter verstopft waren. Das knöcherne Septum war intact, nirgends konnte man rauhen Knochen fühlen. Afficirt war auch der weiche Gaumen, dagegen der harte Gaumen, Rachen und Kehlkopf frei.

CHIARI.

8) **Roger S. Morris. Schlussbemerkung über den Fall II von angioneurotischem Oedem. (Final note on case II of angioneurotic oedema.)** *American Journal Med. Sciences. September 1905.*

Ein Zusatz zu dem Bericht über einen der beiden in derselben Zeitschrift im Januar 1904 veröffentlichten Fälle; Pat. starb plötzlich an Apoplexie. Der Kehlkopf bot einen extremen Grad von Oedem dar.

A. LOGAN TURNER.

9) **Bayer. Ueber die Rolle der Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Halses in der Pathogenie der Ohren-, Nasen- und Pharyngolaryngealaffectionen; über die Untersuchung und Behandlung des Halses von aussen; einige Beobachtungen. (Du rôle des ganglions des vaisseaux lymphatiques du cou dans la pathogénie des affections oto-rhino-pharyngo-laryngiennes; de l'examen et du traitement externe du cou; quelques observations.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1905.*

Der Autor hat im Laufe der Jahre eine stattliche Anzahl Kranker beobachtet, welche vergeblich alle möglichen Behandlungen für chronische Nasen-, Ohren- und Halsaffectionen durchgemacht hatten, sei es, dass man darin rein nervöse Störungen erblickte und sie auf diese behandelte, dass man sie pathologischen Zuständen der Schleimhäute, des cytogenen Gewebes des Waldeyer'schen Ringes

und anderen Umständen zuschrieb und mit operativen Eingriffen gegen sie zu Felde zog. Die wahre Ursache blieb immer verborgen, und doch wäre es so leicht gewesen, derselben auf die Spur zu kommen, wenn man es sich hätte angelegen sein lassen, den Hals einer Untersuchung von aussen zu unterziehen. Der Autor hat sich in einer eingehenden Studie die Aufgabe gestellt darzuthun: 1. welche Rolle den Lymphgefässen und Lymphdrüsen des Halses in der Pathogenie der Ohren-, Nasen- und Pharyngolaryngeal-Affectionen zukommt; 2. die äussere Halsuntersuchung, welche seit der Einführung des Laryngoskops beinahe vollständig vernachlässigt wurde, wieder zu Ehren zu bringen und 3. die Behandlungsweise bekannt zu geben, welche er bei gewissen Affectionen adoptirt hat, welche in intimer Beziehung zu dem Lymphgefäss- und Lymphdrüsensystem des Halses stehen.

Nach einem anatomischen Ueberblick über die Disposition des Halslymphdrüsensystems und der Lymphgefässe, welches jenes versorgen, bespricht er die Aufgabe, welche diesem System im Organismus zukommt, eine Aufgabe, die im Allgemeinen darin besteht, die angesammelte und im Lymphstrom fortgeleitete Lymphe durch verschiedene Processe: Desintoxication, Phagocytose, Transformation in für die Hämatopoese taugliche Elemente etc. der Einverleibung in den Blutstrom geeignet zu machen. Wenn diese physiologische Aufgabe des Lymphgefässdrüsensystems durch pathologische Vorgänge gestört wird, wozu sich recht häufig Gelegenheit bietet von Seiten der Gesichtshaut, der Scheimhaut der Gesichts- und angrenzenden Höhlen — Nase, Mund, Rachen, Ohr und Kehlkopf —, indem sie chronische Lymphdrüsenanschwellungen, chronische Adenitiden, Periadenitiden etc. veranlassen, dann sieht man eine Reihe von Störungen auftreten und dadurch unterhalten werden, die man unter zwei Kategorien zusammenfassen kann, als 1. unmittelbare und 2. entfernte Störungen.

Die unmittelbaren Störungen beziehen sich auf die Lymphcirculation und sind die Folge von Hindernissen, welchen der Lymphstrom auf seiner Bahn nach den grossen Lymphsammlern, welche sich links in den Ductus thoracic., rechts in die grossen Ven. lymphat. ergiessen, begegnet und welche man als Stauungserscheinungen in den Geweben als Folge des gehemmten Lymphabflusses und Compression der grossen Halsvenen auffassen kann; dahin gehören die chronischen Schleimhautanschwellungen, Höhlenexsudate und Behinderung der Resorption von solchen, Hypertrophien und Hyperplasien der Schleimhäute der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes etc., besonders des cytogenen Gewebes und begreift man so den Misserfolg gewisser Adenotomien, welche vergebens wiederholt wurden, den von Conchotomien, Sinusitidenoperationen etc.

Die entfernten Störungen sind rein mechanischer Natur und bedingen nur gelegentlich functionelle Störungen; sie kommen einfach durch den Druck zu Stande, welchen die Lymphdrüsenanschwellungen auf die Nachbarorgane ausüben und beziehen sich entweder auf die Sphäre 1. der Sensibilität (als unbestimmtes Gefühl von Druck, Fremdkörpergefühl, Genirtsein etc.) im Niveau z. B. der Zungenbasis, der Pharynxwände, der Tub. Eustachii etc. etc., oder auf die Sphäre 2. der Motilität: Stimmstörungen, Aphonien, Deglutitionsstörungen etc. Eine Hauptrolle dabei spielen die Störungen, welche aus der Compression der grossen

Halsvenen, namentlich der V. jugul. int. resultiren und welche man im Allgemeinen auf passive Kopfcongestionen zurückführen kann; dahin gehören: Schläfrigkeit, Gedächtnissschwäche, Gesichtsröthung und congestive Accentuirung der Symptome, welche auf die Lymphstauung bezogen werden können und von denen schon die Rede war.

Handelt es sich nun darum, die Diagnose einer Ohr-, Nasen-, Rachen- oder Kehlkopfaffection zu stellen, so sei es des Untersuchenden erste Pflicht, ehe er an die Oto-Rhino-Pharyngolaryngoskopie herangeht, die äussere Untersuchung des Halses und seiner Nachbartheile vorzunehmen. Der Autor giebt eine kurze Beschreibung der Art und Weise, wie er die äussere Halsuntersuchung vornimmt und die einzelnen Hals- und Nebengegenden des Halses, welche in Frage kommen, abtastet und macht dabei erläuternde Bemerkungen. Häufig giebt schon das Resultat dieser Untersuchung einen Fingerzeig, wo man den Sitz der Affection zu suchen hat. Hat sich nun ergeben, dass an dem Zustandekommen der Beschwerden das Lymphdrüsensystem einen mehr oder minder grossen Antheil hat, so handelt es sich darum, eine Behandlung zu wählen, welche die möglichst grosse Garantie darbietet, wieder normale Verhältnisse herbeizuführen und die Lymphbahnen und Venen wieder frei zu machen. Die beste Methode dafür ist nun die äussere Halsmassage. Der Autor beschreibt nun nach vorheriger Erwähnung der schon seit langer Zeit von Weiss und Gerst allerdings mehr für acute Affectionen empfohlenen Halsmassage, welche unbegreiflicher Weise von den Vertretern der Oto-Rhino-Pharyngolaryngoskopie sozusagen gar nicht ausgeübt wird, die von ihm ausgeübte Methode, welche den Bedürfnissen dieser Specialitäten vollkommen entsprechen dürfte, vermöge derer man im Verein mit einer rationellen Localbehandlung Resultate erziele, welche jeder anderen Methode gespottet hätten. Zum Schluss theilt er noch 5 aus einer langen Reihe von Beobachtungen ausgewählte typische Fälle mit, um Zeugniss abzulegen von der Berechtigung seiner Behauptungen.

AUTOREFERAT.

10) **M. Sänger. Ueber Inhalations-Therapie und ihre gegenwärtig üblichen Anwendungsformen.** *Sammlung zwangloser Abhandl. aus d. Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankh. Bresgen-Heermann. Marhold. Halle 1905.*

S. giebt eine übersichtliche Darstellung der brauchbaren Inhalationsmethoden und -Apparate.

Die Sales-Girons'sche Methode ist wohl kaum noch in Gebrauch, recht verbreitet sind die nach dem Matthieu'schen Princip construirten Apparate, die auch die Zerstäubung ätherischer und schwerer Oele ermöglichen. In ausgedehnterem Maasse kommt das Bergson'sche Zerstäubungsprincip in Anwendung, namentlich in der Siegle'schen Modification (Dampfinhalationsapparat).

Der strömende Dampf ist als Triebkraft sehr zweckmässig, weil dabei die zerstäubte Arzneiflüssigkeit ungefähr bei einer Temperatur eingeathmet wird, die der der Schleimhäute entspricht, während bei kalten Inhalationen (Wassmuth, Bulling) der Wasserdampf sich in tropfbar-flüssiger Form in den Luftwegen niederschlägt. Eine unentbehrliche Ergänzung des Bergson-Siegle'schen

Systems ist die Oertel'sche Modification (Sicherheitsventil, trichterförmiges Glasrohr). Sehr zweckmässig gebaut ist der Jahr'sche und Schön'sche Inhalationsapparat und die grossen für Gesellschaftsinhalationen bestimmten Apparate von Jahr, Claar, Reitz, Wassmuth, Heyer und Bulling, die eine Zerstäubung von ausserordentlicher Feinheit bewirken.

Bei der Inhalation zerstäubter Flüssigkeit erfolgt ihr Eindringen in die tiefsten Theile des Athmungsapparates nicht sowohl durch Inhalation als durch Aspiration; deswegen beschränken wir sie zweckmässigerweise in der Hauptsache auf die örtliche Behandlung von Erkrankungen der oberen und mittleren Luftwege. Zur Inhalation in zerstäubter Form eignen sich in erster Linie in Wasser leicht lösliche Mittel, Kochsalz, kohlensaures und doppeltkohlensaures Natron, Alaun, Tannin, Karbolsäure u. s. w., resp. Emser, Sodener, Salzbrunner Wasser. In Wasser schwer oder unlösliche Mittel, wie Menthol, Thymol, Terpentinöl, lässt man in vergastem Zustande einathmen. — Die Einathmung trockenen Arzneistaubes ist unangenehm und gesundheitsschädlich.

Dagegen verspricht die Einathmung von geeigneten Mitteln in verdampftem resp. vergastem Zustande das Eindringen in die Tiefe der Athmungsorgane. Hierfür sind geeignet die Curschmann'sche und Hausmann'sche Maske, die Feldbausch'schen Röhrchen und die Aberg'sche Pfeife; sie entbehren aber der Erwärmung, die die Dämpfe erzeugen. Die Verdampfung der Arznei für sich allein bringt eine zu trockene Luft zur Einathmung. Recht zweckmässig ist der Heryng'sche Apparat.

Sänger beschreibt und empfiehlt dann seinen Arzneiverdampfungsapparat, der den Vorzug hat, dass das Arzneimittel erwärmt wird, dass der Luftdruck in dem Arzneibehälter unter die Norm herabsinkt, dass ein beständig hindurchstreichender Strom frischer Luft mit dem daselbst befindlichen Mittel in innige Berührung kommt und dass der Wasserdampfstrahl die sich entwickelnden Arzneidämpfe ansaugt, mit sich fortreisst und an die Einathmungsluft abgiebt. Die Arzneiverdampfung ist eine äusserst intensive u. a. m.

Menthol allein oder zu gleichen Theilen mit Thymol oder Dimentholformol leistet ihm gute Dienste bei acutem Schnupfen und acutem Erkältungskatarrh des Kehlkopfes und namentlich der Bronchien. Thymol und Menthol āā wirkt auch günstig bei Keuchhusten, reines Menthol bei Laryngitis, Pharyngitis sicca, Ol. Terebinth., Ol. Eucalypti, Ol. pini pumil., Ol. Cupressi bei acuter Bronchitis, Perubalsam mit Menthol bei chronischer Bronchitis.

A. ROSENBERG.

11) **A. Sacher** (St. Petersburg). **Zur Herstellung der sogenannten „Chromperle".** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Autor widerräth, die Chromperlen an den Sondenknopf oder an ein glattes Sondenende anzuschmelzen, da sie bisweilen nicht genügend festhalten und leicht abfallen; er empfiehlt, sie an ein Schraubenende anzuschmelzen, an dem sie sicher und fest haften; sehr bewährt hat sich Autor hierzu die von Lamann zur Tamponbehandlung der Otitis externa furunculosa angegebene silberne Ohrensonde mit Schraubengewinde. Die Perle wird in der Weise angeschmolzen, dass einige trockene, hochrothe Chromsäurekrystalle in einem Porzellanschälchen über einer

Spiritusflamme erwärmt werden; sobald sie zu schmelzen beginnen, bildet s[illegible] eine dickflüssige, rothbraune Masse; jetzt wird die Flamme entfernt und [illegible] Schraubengewinde einmal oder mehrmals — je nach der gewünschten Grösse [illegible] Chromperle — in die dickflüssige Masse eingetaucht. Man darf die Erwärm[illegible] der Chromsäure nicht zu lange ausdehnen, um zu vermeiden, dass Chrom[illegible] entsteht, das zu Aetzzwecken unbrauchbar ist und dessen braune Dämpfe [illegible] Athmungswege stark reizen.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **M. Tsakyroglous** (Smyrna). **Ein Fall von Lagorrhinos.** *Mit 2 Ab[illegible] Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1905.*

Die in der Arbeit en face und en profil abgebildete Missbildung zeigt f[illegible]gende Details: „Einige Millimeter seitlich von der Nasenspitze ist beiderseits ei[illegible] beinahe 1 cm lange symmetrische Spalte vorhanden, welche die Nasenflügel v[illegible] der Nasenspitze trennt. Die Ränder der Spalte sind abgerundet. Die Nasensp[illegible] ist emporgezogen. Von derselben gehen zwei rundliche Wülste aus, welche na[illegible] oben allmälig divergiren und sich bis auf die Stirn fortsetzen. Je eine ande[illegible] kleine Erhabenheit findet sich seitlich von dem grossen Wulste oberhalb [illegible] Augenbrauen. Die Substanz der vier Erhabenheiten ist knöchern. Die Nasenh[illegible] zeigt ein normal gebildetes Septum und rudimentäre Muscheln."

HECHT.

13) **G. Roy. Erectiler Tumor der Nasenwurzel. (Tumeur érectile de la racine du nez.)** *La revue médicale. 19. November 1905.*

Ein 9 Monate altes, vor der Zeit zur Welt gekommenes schwaches Kind ha[illegible] auf der Nasenwurzel eine erectile Geschwulst von der Grösse einer kleinen N[illegible] Nach 22 im Laufe eines Jahres gemachten elektrolytischen Sitzungen war d[illegible] Tumor völlig verschwunden, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Jede Sitzung dauer[illegible] 5 Minuten; Stromstärke 30 Milliampères.

A. CARTAZ.

14) **Albers-Schönberg** (Hamburg). **Cancroid der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 4. Vereinsbeil. 1905.*

Ausgedehntes inoperables Cancroid der Nase durch Röntgenbestrahlung vollständig geheilt.

ZARNIKO.

15) **F. Bloebaum** (Köln a. Rh.). **Ein weiterer Beitrag zur Radicalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 47. 1905.*

Der Kranke stand 6 Wochen in Behandlung; unter localer Infiltrationsanästhesie wurde in 5 Sitzungen mit dem galvanokaustischen Messer und in 6 Sitzungen durch Stichelungen mit der Glühnadel eine vollkommene Heilung erzielt. Eine Photographie des Patienten vor Beginn der Behandlung und bei der Entlassung ist zur Illustration des kosmetischen Effectes beigegeben.

HECHT.

16) **Egger** (Nürnberg). **Zur Casuistik des Rhinophyma.** *Dissert. Basel. Würzburg 1905.*

Eingehende Besprechung der Literatur. Synonyma: Elephantiasis, hyper-

plastische Weinnase, Acne hyperplastica, Kupfernase, Doppelnase, Pfundnase. Von Ghirlandajo aus dem 15. Jahrhundert das vorzügliche Bild einer Pfundnase im Louvre. Seit Anfang des 19. Jahrhunderts bis heute ist diese Geschwulstbildung für die Autoren bald primäre Hypertrophie, Entzündung und Vereiterung der Talgdrüsen und secundäre Fibrombildung, bald primäre Gefässerweiterung, secundäre Hypertrophie des Bindegewebes mit consecutiver Druckstauung und Entzündung der Talgdrüsen, bald wurde sie als Elephantiasis mollis und angiomatosa, bald als excessive Acne 3. Grades oder als sogen. Rosacea (Unna) aufgefasst. Aetiologisch ist man ebenso uneinig, indem die Einen den Alkohol beschuldigen, die Anderen denselben gänzlich ausschliessen und dafür congenitale Anlage und Heredität annehmen. Alle Autoren sind darin einig, dass das Innere der Nase normal functionire. Verf. bespricht 2 Fälle der Baseler chirurg. Klinik. Der eine zeigt die 3 charakteristischen Hauptmomente des Rhinophyma: Hypoplasie des Bindegewebes, Hypertrophie der Talgdrüsen, Erweiterung und Neubildung von Gefässen. Der zweite Fall zeichnet sich aus durch Infiltrate, welche zum grossen Theil aus Lymphocyten, spärlichen grossen Bindegewebszellen, polynucleären Leukocyten und endlich aus grossen Massen angehäufter Unna'scher Plasmazellen (mikroskop. Abbildungen) bestehen. Dieser Tumor wäre also nach Unna als Rosacea zu definiren.

Verf. schlägt bei der noch herrschenden anatomischen Uneinigkeit für alle gen. Formen geschwulstartiger Missbildung der Nasenspitze den Namen Rhinophyma vor, welcher nichts anderes als „Nasengewächs“ bezeichnet.

JONQUIERE.

17) **Joly. Beitrag zum semiologischen und therapeutischen Studium der Dacryocystitis nasalen Ursprungs. (Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.)** *Thèse de Bordeaux. 1904.*

Die Dacryocystitiden können sein: 1. primär, 2. oculären Ursprungs oder descendirend, 3. nasalen Ursprungs oder ascendirend. Die beiden ersteren Formen sind seit längerer Zeit bekannt; die Dacrycystitiden nasalen Ursprungs verdienen eine Sonderstellung. Man muss stets die Nasenhöhlen untersuchen und eventuelle Affectionen der Nasenschleimhaut oder der Nasenhöhlen behandeln.

E. J. MOURE.

18) **M. Paunz Durch Nasenkrankheit verursachtes Augenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Nasenkrankheiten verursachen oft Augenerkrankungen. Die Orbitalphlegmone entsteht oft durch Uebergreifen einer eiternden Nasenkrankheit auf das orbitale Zellgewebe. Empyem des Sinus front. kann in den Augenmuskeln collaterales Oedem und hierdurch Muskellähmung hervorrufen. Ein hinteres Siebbeinzellenempyem und der Keilbeinhöhle erzeugen oft eine Entzündung des Sehnerven. Auch der Glaskörper kann bei Nebenhöhlenerkrankungen in Mitleidenschaft gezogen werden.

v. NAVRATIL.

19) **E. Pollatschek. Beiderseitige Papillitis, geheilt durch Nasenoperationen.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Der Kranke leidet seit Jahren an Kopfschmerzen, welche er unter das Schädel-

dach localisirt; er ist oft verschnupft. In letzter Zeit starke Einbusse am Sehvermögen. Ophthalmoskopische Diagnose: Papillitis in atrophiam vergens. In der linken Nasenhälfte viel übelriechender Eiter, hauptsächlich in der Fissura olfactoria. Resection der mittleren Muschel, Curettage der hinteren Siebbeinzellen. In der Mündung des Sinus sphenoidalis Eiter. Eröffnung der Höhle. Successives Wiederkehren des Sehvermögens.

v. NAVRATIL.

20) **Justus Sinexon. Zusammenhang zwischen Zuständen in der Nase und Geschlechtsorganen. (Nasal conditions dependant upon the generative organs.)** *N. Y. Medical News. 6. Mai 1905.*

Während des Zeugungsactes tritt stets eine Anschwellung der Nasenschleimhaut ein; gleichzeitig besteht ein ausgesprochener Grad von Hyperästhesie derselben. Bei Frauen tritt zur Zeit der Menstruation eine mehr oder weniger ausgesprochene periodische Schwellung der Nasenschleimhaut ein; dieselbe Erscheinung zeigt sich auch periodisch während der Schwangerschaft. Nach Operationen, die eine Aufhebung der Geschlechtsfunction zur Folge haben, kehren in der Nase Verhältnisse zurück, wie sie vor Eintritt der Pubertät bestanden. Bei niederen Thieren ist geschlechtliche Erregung stets begleitet von Nasenverstopfung; bei Menschen ist die Folge dieser Anschwellung bisweilen Epistaxis oder Hydrorrhoe. Fortgesetzte Ueberreizung der Nasenschleimhaut in Folge geschlechtlicher Perversion hat eine Erschlaffung derselben wegen vasomotorischer Parese zur Folge. Die lang fortgesetzte Uebererernährung in Folgehäufiger oder ungestümer Congestion bringt mit der Zeit dauernde Gewebsveränderungen, Hyperplasie oder Atrophie, zu Wege. Diese Verhältnisse haben mit Hysterie oder Neurasthenie nichts zu thun.

LEFFERTS.

21) **Marczel Falta** (Szeged). **Ueber die Beziehung der Nase zu den weiblichen Genitalien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Autor prüfte bei 10 in Kürze berichteten Fällen die Fliess'schen Theorien nach und kommt auf Grund seiner Untersuchungsresultate zu dem Schluss, dass die Nase mit den weiblichen Genitalien in enger Beziehung steht und dass demgemäss intranasale Eingriffe bei graviden Patientinnen nur mit besonderer Vorsicht vorgenommen werden sollten. Er erörtert die anatomischen, physiologischen und klinischen Verhältnisse und bespricht die verschiedenartigen in der Literatur hierüber niedergelegten Anschauungen, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

22) **M. Falta. Ueber Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Krankheiten der weiblichen Genitalorgane.** *Gyógyászat. No. 44.*

Verf. führt 10 Fälle an, in welchen Cocainisirung, Galvano- oder anderweitige Cauterisation erkrankter Stellen der Nase, namentlich der vorderen Pole der unteren Muscheln und der Tubercula septi einen vorübergehenden oder dauernden günstigen Erfolg auf Schmerzen in den weiblichen Genitalien und auf Störungen der Menstruation hatten. Er folgert aus diesen Resultaten, dass zwischen den „Genitalstellen“ der Nase und den weiblichen Genitalorganen ein Nexus besteht.

v. NAVRATIL.

23) **R. Bishop Canfield. Drei Fälle von Trigeminusneuralgie infolge intranasaler Ursachen und erfolgreich durch intranasale Methoden behandelt. (Three cases of trifacial neuralgia due to intranasal causes and treated successfully by intranasal methods.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Die mittlere Muschel wurde in zwei Fällen entfernt, im dritten mit Cocain und Adrenalin besprayt.

EMIL MAYER.

24) **Heyninx. Epilepsie und intranasale Compression. (Epilepsie et compression intra-nasale.)** *La Clinique. No. 50. 1905.*

Der Autor führt 5 Fälle an von Beseitigung der Epilepsie durch endonasale Druckentlastung. Für ihn kann die functionelle Epilepsie ihren Grund in der peripheren Reizung des peripheren Nervensystems (Würmer, Tumoren etc.) haben und hauptsächlich in der Reizung des Centralnervensystems durch anormale Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit; diese wurde z. B. epileptogen durch den Gehalt von Toxinen, welche ihr aus Eiterretentionen der Nase zugeführt werden.

PARMENTIER.

25) **Onodi. Fall von Mucocele.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1905.*

Im rechten inneren Augenwinkel nussgrosse fluctuirende Geschwulst; Bulbus nach aussen verdrängt. Vor der mittleren Muschel haselnussgrosse Blase. Nach Punction derselben plattete sich dieselbe ab und die äussere Geschwulst wurde kleiner. Hält die Erkrankung für Mucocele der vorderen Siebbeinzellen.

v. NAVRATIL.

26) **M. A. Capart. Geschlossenes Empyem der Knochenblase der mittleren Muschel. (Empyème fermé de la bulle du cornet moyen.)** *La Presse Méd. Belge. No. 9. 1905.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler am 11. Febr. 1900 zeigt C. ein anatomisches Präparat vor herstammend von einem Individuum mit heftigen Kopfschmerzen, die durch keine Medication erleichtert werden konnten. Die Operation bestehend in Lostrennung der mittleren Muschel mit einem Scheerenzug und Entfernung derselben mit der Zange nach vorheriger Cocain-Adrenalinbepinselung; sie ging ohne Schmerz und Blutung vor sich und das Kopfweh ist wie weggeblasen. — Das Auftreten einer mit den Siebbeinzellen communicirenden Knochenblase in der mittleren Muschel kam ziemlich häufig zur Beobachtung.

BAYER.

27) **Onodi. Fall von Mucocele des Siebbeinlabyrinthes.** *Orvosi Hetilap. No. 48, 49.*

Bei der 30jährigen Kranken bildete sich im Verlaufe von 6 Jahren im rechten inneren Augenwinkel eine Geschwulst, welche den Bulbus nach aussen und unten verschiebt. Keine Sehstörung, Geschwulst nussgross, fluctuirend. Vor der mittleren Muschel derselben Seite ein haselnussgrosses, rundes fluctuirendes Gebilde, aus welchem sich nach Eröffnung eine klebrige Flüssigkeit entleert; die eingeführte Sonde dringt von der Punctionsöffnung 5 cm in der Richtung der Orbita vor; gleichzeitig verkleinert sich die äussere Geschwulst. Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, sowie der Cystenwände.

Histologische Untersuchung: Die kleinzellig infiltrirte, bindegewebige Wand der Cyste grösstentheils mit cylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet und mit Schleimdrüsen versehen; auf das Bindegewebe folgte Knochensubstanz, welches Zeichen der Knochenapposition und Resorption aufwies; hieraus Periost, Mucosa. Es handelte sich also um eine echte Cystenbildung, hervorgerufen in einer präformirten Knochenhöhle durch entzündlichen Reiz.

v. NAVRATIL.

28) **H. Halàsz. Enorme, luftgefüllte Knochenblase im mittleren Nasengange. Asthma bronchiale.** *Budapesti Orvosi ujság. No. 2. 1905.*

Bei der 50jährigen Kranken bestanden nur asthmatische Beschwerden. Die ganze rechte Nasenhälfte erfüllt von einer Geschwulst, welche der mittleren Muschel zu entsprechen scheint.

Die Geschwulst wird mit Knochenzange entfernt; es stellt sich heraus, dass die mit Luft erfüllt war. Die Structur der Wand entspricht derjenigen einer Siebbeinzelle. Da die mittlere Muschel überhaupt nicht vorhanden war, supponirt H., dass eine Siebbeinzelle im embryonalen Leben überaus gross anwuchs und die Bildung der mittleren Muschel gänzlich verhinderte.

v. NAVRATIL.

29) **Ernst Schatz** (Tilsit). **Ueber eine sogenannte „Knochencyste der mittleren Muschel" von excessiver Grösse.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1905.*

Anschliessend an Influenza traten bei einer 40jährigen Patientin hochgradig exacerbirende Anfälle von Kopfschmerz der linken Stirnhöhlengegend auf, als deren Ursache sich eine über wallnussgrosse Cyste ergab, die die ganze linke Nasenhöhle ausfüllte, mit dickem, unter hohem Druck stehendem Eiter angefüllt war und von deren Dache zwei etwa bohnengrosse Schleimpolypen in das Innere hinabragten. Mit Abtragung der Knochenblase, deren mediale Wand mit dem Septum etwa in der Grösse eines „Zweipfennigstückes" verwachsen war, schwanden alle Beschwerden. Sämmtliche Nebenhöhlen erwiesen sich als gesund.

HECHT.

30) **Wendell C. Phillips. Die untere Muschel. Ihre Function, Krankheiten und Behandlung. (The inferior turbinated bone; its function, diseases and treatment.)** *American Journal Med. Scs. Februar 1905.*

Verf. kommt in Bezug auf die Behandlung der unteren Muschel zu folgenden Schlusssätzen: Aetzmittel sollten niemals angewendet werden; die Galvanokaustik hat eine zweifelhafte Wirkung. Die beste Operationsmethode besteht in der glatten Durchschneidung der Schleimhaut und des Knochens mittels besonders für diesen Zweck angegebener Scheeren. Für die Hypertrophien der hinteren Enden eignet sich am Besten die Schlinge. Die Wunde soll mit einer dünnen Schicht von Gaze bedeckt werden, die in 12proc. Lösung vor essigsaurer Thonerde mit etwas Adrenalinzusatz getränkt ist.

A. LOGAN TURNER.

31) **Elemér Tóvölgyi. Eine neue Operationsmethode der Muschelhypertrophien.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1905.*

Verf. benutzt eine gerade Scheere; er steckt den Daumen in den unteren, den Zeigefinger in den oberen Ring derselben, der Mittelfinger stützt sich auf den

Rücken der Scheere, der vierte auf die Achse. So durchschneidet er die untere Muschel mit mehreren Schnitten.

v. NAVRATIL.

32) **Chas. H. Knight** und **James F. Mc Kernon. Partielle Conchotomie mit nachfolgender acuter Otitis, Mastoiditis, Sepsis, Paracentese, Mastoidoperation, Unterbindung und Resection der Vena jugularis interna; Heilung. (Partial turbinectomy followed by acute otitis, mastoiditis, sepsis, paracentesis, mastoidoctomy, ligation and excision of internal jugular vein; recovery.)** *N. Y. Medical News. 18. November 1905.*

Cfr. Verhandlungen der American Laryngological Association Atlantic City 1. Juni 1905.

LEFFERTS.

33) **Arthur af Forselles** (Helsingfors). **Ueber die Resection der unteren Nasenmuschel.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1905.*

Angabe einer 18 cm langen Zange „mit geraden Schenkeln von einer Länge von $5^1/_2$ cm vom Verschluss“ zur Beseitigung hypertrophischer unterer Muscheln. „Die Spitzen der Branchen sind, um hintere Hypertrophien besser fassen zu können, unbedeutend ausgehöhlt.“ Nach Cocainisirung mit 10 proc. Lösung wird der Pat. auf den Operationstisch gelegt und die Muschel derartig mit der Zange gefasst, dass der untere Schenkel im unteren und der obere Schenkel derselben im mittleren Nasengange angelegt wird. Will man insbesondere ein grösseres Stück des hinteren Muschelendes entfernen, so wird die Zangenspitze etwas nach aussen gerichtet. Die Muschel wird kräftig so viel lateral wie möglich an der Basis gefasst und mit einer Drehung von links nach rechts mit einem Griff vollständig entfernt. Die Operation ist in einer Secunde ohne erheblichen Schmerz ausgeführt.“ Keine postoperative Tamponade der Nasenhöhle, Abschluss durch sterilen Tupfer. Nachblutungen wurden nicht beobachtet. Autor hat im Laufe von 4 Jahren auf diese Weise 210 Fälle operirt. Ohne zu dieser speciellen Methode Stellung zu nehmen, möchte Referent es nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass in letzter Zeit die Muschelresectionen unter mehr minder vollständiger Mitentfernung des Knochengerüstes mehrfach empfohlen werden. Zur Beseitigung von Schleimhaut-Hypertrophien der unteren Muscheln dürfte ein derartig radicales Vorgehen wohl doch als zu weitgehend angesprochen werden. Die physiologische Bedeutung der unteren Muschel erheischt doch eine grössere Rücksichtnahme und sollte uns veranlassen — von Ausnahmen abgesehen — etwas conservativer in der Behandlung der Hypertrophien der unteren Muscheln zu operiren.

HECHT.

34) **Pollatschek. Operationen an der unteren Nasenmuschel.** *Fülészet. No. 3 (Beilage zu Budapesti Orvosi ujság).*

Bespricht die verschiedenen Operationsmethoden der Hypertrophien der unteren Muschel.

v. NAVRATIL.

35) **S. J. Kopetzky. Die submucöse Cauterisation. Ihre Anwendung bei der Behandlung der Hypertrophien der unteren Muschel. (The sub-mucous cautery. Its use in the treatment of hypertrophy of the inferior turbinate.)** *The Laryngoscope. October 1905.*

Verf. fasst die Vortheile der submucösen Cauterisation folgendermaassen zu-

sammen: Es ist die Anwendung einer geringeren Dosis Cocain zur Anästhesie nöthig. Die für die Vornahme des Eingriffs erforderliche Zeit ist sehr kurz. Es fehlt die Reaction nach der Operation. Es wird die Gefahr einer Synechienbildung vermieden. Es entstehen keine Borken. Das Oberflächenepithel wird nicht zerstört. Die Methode beseitigt die aus der Hyperplasie resultirende Nasenverstopfung ohne die contractile Thätigkeit der Muschel zu beeinträchtigen. Die bisher erzielten Resultate sind gut und, wie es scheint, andauernd. EMIL MAYER.

36) **Jauquet. Die Nasendouche. (La douche nasale.)** *La Clinique. No. 26. 1904.*

J. behandelt das Thema vom Gesichtspunkte des practischen Arztes aus, an welchen sich der Autor wendet. BAYER.

37) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Eine Modification des Schötz'schen Doppelmeissels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 13. S. 299. 1902.*

Abbildung und Beschreibung des Instruments, das auf beiden Seiten angewendet werden kann und die Entfaltung einer grösseren Kraft gestatten soll, als mit dem Schötz'schen Doppelmeissel möglich ist. F. KLEMPERER.

38) **Voos. Eine neue schneidende Zange für die Nase.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 31. 1904.*

Die Gelenkverbindung befindet sich bei den ineinandergreifenden Branchen ungefähr 2,5 cm hinter der schneidenden Fläche; zu beziehen durch Detert, Berlin. SCHECH.

39) **H. Burger** (Amsterdam). **Demonstration von Prof. Killian's Lehrmodell der Nase. (Demonstratie van prof. Killian's onderwijsmodel van den neus).** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 20. 1905.*

Der Titel sagt genug. H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

40) **Duncan Buckley. Die medicinischen Beziehungen krankhafter Zustände im Munde. (The medical relations of mouth conditions.)** *Journal American Medical Association. 19. August 1905.*

Verf. ist in seiner dermatologischen Praxis oft sehr interessanten Zuständen in der Mundhöhle begegnet. Er erörtert die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Magens, Rheumatismus, Gicht und Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches. Ferner plaidirt er für bessere Ausbildung der Zahnärzte in der Erkennung von syphilitischen Erscheinungen in der Mundhöhle. Eingehend bespricht er die Leukoplakie, die er für eine an sich harmlose, häufig mit Syphilis verwechselte Affection erklärt. Carcinom der Mundhöhle entsteht oft infolge Reizung durch schlechte Zähne. Verf. bespricht dann noch Lupus, Tuberculose und die von den Zähnen ausgehenden Reflexneurosen. LEFFERTS.

41) **A. H. Levings. Chirurgische Bakteriologie der Mundhöhle. (Surgical bacteriology of the mouth.)** *Journal of the American Medical Association. 12. August und N. Y. Medical Record. 19. August 1905.*

Verf. hat die Mundhöhle bei einer grossen Anzahl Gesunder und an verschiedensten Affectionen Leidender bakteriologisch untersucht. Er unterscheidet in nicht pathologischen Fällen einen reinen Zustand der Mundhöhle, einen gewöhnlichen, einen unreinlichen und den Mund von Tabakskauern. In der ersten Klasse (20 Fälle) fanden sich zahlreiche, aber bis auf zwei Fälle, in denen Streptokokken, drei, in denen B. coli und acht, in denen Streptococcus und Micrococcus tetragenus vorhanden war, harmlose Mikroorganismen. In den 30 Fällen der zweiten Kategorie waren die Bakterien noch zahlreicher. In zwei Fällen fanden sich Influenzabacillen. Bei der dritten Kategorie waren cariöse Zähne und Erkrankungen des Zahnfleisches vorhanden; es fanden sich Millionen von Bakterien, von denen ein grosser Procentsatz virulent war. In 10 Fällen konnte man den Streptococcus constatiren. In Fällen, wo Eiterbildung in der Mundhöhle war, fanden sich Staphylokokken. Am schlimmsten waren die Verhältnisse bei den Tabakskauern; der Tabak beschränkt das Wachsthum der Bakterien nicht. Verf. hat auch Versuche darüber angestellt, wie weit durch das Husten die Bakterien geschleudert werden. Es ergab sich, dass dies bis auf eine Entfernung bis 5 Fuss hin geschieht. Was die Reinigung der Mundhöhle betrifft, so ergab sich, dass Bürsten mit warmem Seifenwasser und dann physiologischer Kochsalzlösung, jedes einige Minuten lang, ebensoviel nützte, wie jede andere Methode. Desinficientia allein, mit Ausnahme vielleicht von Wasserstoffsuperoxyd, sind nicht zu empfehlen.

LEFFERTS.

42) **K. Buday. Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen.** *Beitr. zur path. Anat. und zur allg. Pathologie. 38. Bd. H. 2. S. 255.*

Die progressive Mund- und Rachengangrän des Kindesalters gehören zu den sog. infectiösen Gangränen, die nicht durch ein einziges, sondern durch verschiedenartige Mundbakterien, und zwar meist durch die Symbiose eines Spirillums und des Bacillus fusiformis verursacht werden.

J. KATZENSTEIN.

43) **H. Prinz. Die diabetischen Erscheinungen in der Mundhöhle. (The oral manifestations of diabetes.)** *Journal of the American Medical Association. 12. August und N. Y. Medical Record. 19. August 1905.*

Verf. behauptet, dass der Diabetes mellitus eine bestimmte Form von Pyorrhoea alveolaris hervorruft, die ein Prodromalsymptom der primären Erkrankung darstellt. Er erkennt keinen Mikroorganismus als Erreger der Pyorrhoe an. Vielmehr ist das Darniederliegen des allgemeinen Ernährungszustandes der Grund für das leichte Eindringen von Infectionsträgern. Es kommt zur Bildung eines weichen hellgefärbten Weinsteins. Von der Localbehandlung kann, so lange die primäre Erkrankung besteht, nicht viel erwartet werden.

LEFFERTS.

44) **S. Srebrny** (Warschau). **Soor bei gesunden Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 36.*

Verf. fügt den wenigen beobachteten Fällen von Soor beim gesunden Erwachsenen zwei neue hinzu. Im ersten Falle verschwand der Belag unter Borax-

spülungen und Sublimatpinselungen in 2 Tagen, der zweite Fall widerstand Pyoktaninpinselungen und Gargarysmen mit Wasserstoffsuperoxyd und heilte erst nach 8 Tagen unter Anwendung von Jodtinctur. Die Diagnose wurde durch das Mikroskop gesichert; in ätiologischer Hinsicht war in beiden Fällen nichts zu ermitteln.

F. KLEMPERER.

45) **Spokes** (Sidney.) **Sepsis des Mundes. (Oral sepsis.)** *Lancet. 24. Februar 1906.*

Es werden 7 Fälle berichtet von Patienten mit Gastritis, allgemeiner Schwäche, perniciöser Anämie, bei denen Symptome von Sepsis der Mundhöhle auftraten, die durch locale Behandlung der Zähne und des Zahnfleisches geheilt wurde. Alle cariösen Zähne sollten gezogen oder plombirt, aller Zahnstein entfernt werden. Injectionen von Wasserstoffsuperoxyd ist das beste Mittel gegen Alveolarpyorrhoe.

ADOLPH BRONNER.

46) **W. W. Grant. Krebs der Mundhöhle. (Cancer of the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1905.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen er eine verbesserte Operationstechnik angewandt hat; die Resultate waren, besonders was den kosmetischen Effect anbelangt, sehr zufriedenstellend.

LEFFERTS.

47) **James D. Morgan. Krebs der Mundhöhle. (Carcinoma oris.)** *Maryland Medical Journal. 10. December 1905.*

Beschreibung der Symptomatologie und Behandlung.

EMIL MAYER.

48) **Behaegel. Inficirender Lippenschanker. (Chancre infectant de la lèvre.)** *La Policlinique. No. 5. 1905.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 7. Februar 1905 stellt B. einen Kranken mit einem inficirenden Unterlippenschanker, von 2 Monaten her datirend, vor. Aetiologie dunkel. Der Ehegatte zeigt keine Spur von Syphilis. Die Kranke gesteht keinen anderen Umgang zu. Augenblicklich ist der Schanker beinahe vernarbt und besteht nur noch eine Induration, desgleichen eine Submaxillardrüse; papulöses Exanthem am Stamme seit einigen Tagen. Rechts sind die Lymphdrüsen vor dem Ohre geschwollen und fluctuiren, jedoch ist diese Schwellung nicht syphilitischer Natur.

BAYER.

49) **Hicquet. Wangentumor. (Tumeur de la joue.)** *La Policlinique. No. 5. 1905.*

In der Sitzung vom 7. Februar 1905 der Poliklinik stellt H. ein Kind mit einer Wangengeschwulst vor; da die Diagnose noch nicht festgestellt ist, will er den Fall später nach vorgenommener Operation und histologischer Untersuchung wieder vorführen.

BAYER.

50) **E. Bergh** (Schweden). **Zwei Fälle von Pharyngomycosis leptothrica. (Tvaa fall af Pharyngomykosis leptothrica.)** *Allmänna Svenska Läkartidningen. 30. Juni 1905.*

Beschreibt die Fälle und giebt eine Uebersicht über die Pathologie der Krankheit.

E. SCHMIEGELOW.

51) **Depage. Actinomycose des Oberkiefers. (Actinomycose du maxillaire supérieur.)** *Journal de Chirurgie et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1905.*

In der Sitzung vom 25. März der belg. Gesellschaft für Chirurgie stellt D. einen jungen Mann vor mit Gesichtsactinomycose in Folge einer Phlegmone, die der Kranke einer Zahncaries zuschreibt. Die Beobachtung soll später im Detail zugleich mit 2 anderen analogen von D. beobachteten Fällen mitgetheilt werden.

BAYER.

52) **S. Schossberger** (Budapest). **Beiträge zur Aetiologie der Produzione sottolinguale. (Adatok a produzione sottolingualo kóroktanához.)** *Orvosi Hetilap. Gyermekgyógyászat. No. 4. 1905.*

Verf. hat das Leiden bei Kindern im Alter von 12—18 Monaten beobachtet. Es handelte sich in jedem Falle um etwa bohnengrosse, dichte, umschriebene Geschwulstbildung an der Stelle des Frenulum linguae. Die Geschwülste sind in Folge von Reizung der unteren Schneidezähne während des Saugens entstanden, die Extraction der Zähne führte jedesmal zur Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

53) **H. L. Smith. Eine Operation wegen Gaumenspalte. (An operation for cleft palate.)** *American Journal of Surgery. März 1906.*

Vom vorderen Ende der Gaumenspalte aus wird eine Incision gemacht, die nach aussen und etwas nach hinten in der Richtung der Alveole verläuft; wenn ungefähr der dritte Theil der Entfernung bis zu den Zähnen erreicht ist, ändert sich die Richtung des Schnittes, so dass er in einer geraden Linie nahe an das hintere Ende des Alveolarfortsatzes herangeht. Der Punkt, wo die Incision endet, hängt einigermaassen von dem Fall ab, indem man dafür die Sorge tragen muss, dass genügend Gewebe für die Ernährung des Lappens stehen gelassen wird. Nachdem eine entsprechende Incision auf der anderen Seite gemacht worden ist, werden die beiden Lappen mit dem Periost vom Knochen losgelöst und völlig vom hinteren Rand des Gaumenbeins freigemacht. Dieser letztere Vorgang ist sehr wichtig, da einzig auf diese Weise das Velum wirklich nach hinten gezogen und verlängert werden kann. Es wird nun jederseits eine Incision gemacht, die an dem Punkt, nahe dem letzten Molaris, beginnt, wo die vorhergehenden Incisionen endeten, und die in einem Bogen nahe den Zahnwurzeln so weit vorn als nöthig verläuft, wobei noch ein genügender Raum für die Ernährung des Lappens gelassen werden muss. Dieser Schnitt wird gewöhnlich nahe den seitlichen Schneidezähnen enden. Es sind so zwei dreieckige Lappen gebildet worden, die aus Schleimhaut und Periost bestehen und die nach der Mittellinie zu gezogen werden und zusammengenäht werden. Die angefrischten Ränder des Velum werden nun genäht und die hinteren Enden des vorderen Lappens werden an die Mitte des neugebildeten Gaumensegels genäht.

Die mit dieser Methode erzielten Resultate waren in Bezug auf die Heilung und die erzielte Function sehr gute.

EMIL MAYER

54) **Mayer. Melanom des Gaumensegels. (Tumeur mélanique du voile du palais.)** *Journal de Chir. et Annales de la Société Belge de Chir. No. 5. 1905.*

In der Sitzung der belg. Gesellschaft für Chirurgie vom 27. Mai 1905 stellt

M. eine 54jährige Kranke vor, bei welche sich seit ca. 14 Monaten ein schmerzloser Tumor entwickelt hatte, der progressiv das Zäpfchen, die rechte Mandel und die rechten Gaumenbögen einnahm. Die Affection hatte mit einer schwarzen Pigmentirung des Gaumens vor dem Zäpfchen begonnen, infiltrirte dann das Zäpfchen und führte zu polypösen Excrescenzen auf den vorderen Gaumenbögen. Pat. verspürte nie Schmerzen bei der Deglutition und bot ebenfalls keine Phonationsstörungen dar; sein Allgemeinzustand war ausgezeichnet; keine Lymphdrüsenanschwellung. Ein vor 6 Wochen abgetragenes Stück der Geschwulst zeigte die Structur eines Melanosarcoms; seither hat sich der Tumor bedeutend gegen die hintere und seitliche Pharynxwand entwickelt und ist seine Exstirpation in Aussicht genommen.

BAYER.

55) **Depage. Melanom des Gaumensegels und des Pharynx. (Tumeur mélanique du voile du palais et du pharynx.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 6. 1905.*

In der Sitzung der belgischen Gesellschaft für Chirurgie vom 24. Juni 1905 stellt D. die Kranke vor, welche Mayer in der letzten Sitzung der Gesellschaft präsentirt hatte. Es ward die transbuccale Pharyngotomie ohne Schwierigkeiten vorgenommen und man kann sich davon überzeugen, dass das neoplastische Gewebe totaliter exstirpirt ist.

BAYER.

56) **Thellung** (Winterthur). **Ein congenitaler behaarter Rachenpolyp.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 78. 1905.*

Bei einem neugeborenen, sonst normal entwickelten Knaben hing aus dem Munde an einem Stiele ein kugeliger, apfelgrosser Tumor. Amputation der Geschwulst und des freien Stieles. Heilung. Es handelte sich um einen Tumor, der hauptsächlich aus Bindegewebe bestand, mit behaarter Cutis bedeckt und durch einen knorpelig-knöchernen Stiel mit der Schädelbasis verbunden war.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

57) **Muls. Statistik des Diphtheriepavillon vom Jahre 1904. (Statistique du Pavillon de la diphtérie année 1904.)** *La Clinique. No. 42. 1905.*

Im Jahre 1904 traten 117 Kranke in den Diphtheritispavillon des St. Petrushospitals ein; davon waren 96 an Diphtheritis erkrankt, und zwar an Angina diphth. 48—49,9 pCt., intubirtem Croup 37—38,5 pCt., nicht intubirtem Croup 11 oder 11,6 pCt. 21 Kranke mit Pseudocroup 3, Angin. follicul. 12, Bronchopneumonie 3, Laryngitis 2, nihil 1; von den 96 Diphtheritiskranken starben 2, also 2,08 pCt.

Seit 1901 hat die Anzahl Diphtheriekranker auf der Abtheilung zugenommen, die Todesfälle dagegen in eclatanter Weise abgenommen, letzteres schreibt M. dem Ersatz der Tracheotomie durch die Intubation zu; nebenbei räumt er eine gewisse curative ebenso wie prophylactische Wirkung dem antidiphtheritischen Serum, und vielleicht auch der Anwendung von O einen Einfluss auf die Mortalitätsherabsetzung ein. Jedenfalls wurde seit 1903 keine Tracheotomie mehr vorgenommen

und von da an ist die Zahl der Todesfälle auf 8,5 pCt. herabgesunken, gegen 13,6 pCt. im vorhergehenden Jahr. Im Jahre 1904 sind nur noch 2,08 pCt. Todesfälle zu registriren.

BAYER.

58) **Le Play** (Paris). **Diphtheriestatistik des Hospitals für kranke Kinder während des Jahres 1904—1905. (Statistique de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades pendant l'année 1904—1905.)** *Société médicale des hôpitaux. 8. December 1905.*

Vom 1. Mai 1904 bis 1. Mai 1905 wurden 749 Kinder aufgenommen.

In 561 Fällen wurde die Diphtherie bakteriologisch festgestellt; in 43 Fällen trat Exitus ein, davon lebten 13 weniger als 24 Stunden nach der Aufnahme. Die totale Mortalität beträgt also 7,66 pCt,, die reducirte 5,47 pCt. Von 382 Croupfällen starben 29 (7,9 pCt.). In 203 Fällen wurde die Intubation, in 7 Fällen die Tracheotomie ausgeführt; von den Intubirten starben 22, von den Tracheotomirten 5. In 40 Fällen erfolgte Bronchopneumonie mit 14 Todesfällen, 12 Fälle von diphtheritischer Lähmung werden verzeichnet.

PAUL RAUGÉ.

59) **A. Brunard. Ein Fall von diphtheritischem Croup complicirt mit einem Juxtatrachealabscess; Intubation; Eröffnung des Abscesses und Tracheotomie. Heilung. (Un cas de croup diphtéritique compliqué d'un abcès juxtatrachéal; tubage; incision de l'abcès ot trachéotomie; guérison.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. 1905. La Clinique. No. 28. 1905.*

Der Titel resumirt den Artikel. Bemerkungen: der nicht fluctuirende Tumor manifestirte sich nur, wenn das Kind extubirt war. Der Abscess war schon in Formation begriffen, ehe die Intubation die Läsionen der Ringknorpelschleimhaut feststellen lassen konnte. Der Autor betont die Vorzüge der Intubationsröhren aus Ebonit; er reintubirt nur im äussersten Nothfall, um den Larynx möglichst lange frei zu lassen.

PAMENTIER (BAYER).

60) **Van Bleyenbergh. Diphtheritis und retropharyngeale Phlegmone.** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mai-Juni 1905.*

Fall von einem 6jährigen Mädchen mit Diphtheritis mit nachfolgendem Retropharyngealabscess und Vereiterung der Cervicaldrüsen.

BAYER.

61) **Dufour** und **Broca. Seitliche laryngo-tracheale Phlegmone im Terminalstadium des Croup. (Phlegmon latéro-laryngo-trachéal à la période terminale du croup.)** *Société de pédiatrie. 19. December 1905.*

Es handelte sich um einen Säugling, der wegen einer Larynxdiphtherie, die die Intubation nöthig machte, ins Krankenhaus gebracht wurde. Alles ging glatt, bis nach 60 Stunden die Extubation gemacht wurde, die sehr schwierig war. Das Kind befand sich wohl bis zum 10. Tage nachher, wo es von plötzlicher Asphyxie befallen wurde. Bei der Vornahme der Tracheotomie fand sich eine laryngo-tracheale Phlegmone. Das Kind genas.

A. CARTAZ.

62) **Joseph Birt. Diphtherie bei einer 79 Jahre alten Patientin. (Diphtheria in a patient 79 years of age.)** *Lancet. 18. November 1906.*

Patientin litt seit 8 Jahren an Gicht und Neuritis. Sie wurde von einer

schweren Rachendiphtherie befallen und erhielt eine Injection von 200 I. E. Antitoxin. Zwei Stunden später verschwanden die seit Jahren bestehenden gichtischen Gelenkschmerzen völlig und sind nicht wiedergekehrt. ADOLPH BRONNER.

63) **D. S. Lamb. Ein Fall von Diphtherie der Luftwege; Tod durch Asphyxie. (A case of diptheria of air passages: death by asphyxia.)** *Washington Medical Association. Januar 1906.*

Ein $3^1/_2$ jähriges Kind; im Pharynx keine Membranen. Es wurde sofort die Diagnose auf Croup gestellt und am 4. Tage wurde Antitoxin gegeben. Trotzdem trat Exitus ein. EMIL MAYER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **S. v. Schumacher. Ueber die Kehlkopfnerven beim Lama (Auchenia lama) und Vicunna (Auchenia vicunna).** *Anat. Anzeiger. Bd. 28. 5/6. S. 156.*

Zwischen dem Verhalten der Nerven des Kehlkopfs beim Lama und Vicunna einerseits und bei kurzhalsigen Säugern andererseits besteht der Unterschied, dass bei ersteren der N. recurrens nicht den Umweg um die A. subclavia resp. den Aortenbogen herum einschlägt, um dann erst aufsteigend sein Versorgungsgebiet zu erreichen, sondern er entspringt im Verein mit den oberen Kehlkopfnerven, zieht dann direct zum Kehlkopf und versorgt mit seinem Endast absteigend Trachea und Oesophagus. J. KATZENSTEIN.

65) **Kaplan** (Minsk). **Die Drüsen des Stimmbandes und ihre Ausführungsgänge.** *Dissert. Bern 1905.*

Diese Arbeit will die Frage entscheiden, ob Drüsen auch im Plattenepithel des Stimmbandes münden. Verfasserin legt die Controverse dar, welche über die Entstehung der Sängerknötchen, der Stimmbandcysten, sowie über die Umwandlung gutartiger in bösartige Stimmbandgeschwülste (Semon'sches Differentialkriterium) noch obwaltet. Sie kommt nach mikroskopischen Untersuchungen an 15 mikroskopisch gesunden Stimmbändern zu folgenden Schlüssen: Es unterliegt wohl keinem Zweifel mehr, dass das wahre Stimmband eine grosse Menge von Drüsen enthält, welche längs seinem freien Rande verlaufen, sich aber auch theilweise tief in der Musculatur eingesenkt vorfinden. Nicht ein einziges der Präparate ist drüsenfrei. Die Ausführungsgänge verlaufen meist ziemlich schräg und münden am freien Rand im Bereich des Cylinderepithels oder an dessen Uebergang zum Plattenepithel. Sieben Mal mündeten die Ausführungsgänge im Bereiche des Plattenepithels an der Spitze des Stimmbandschnittkegels. Auch die Fränkel'sche Randdrüse wurde einige Mal gefunden. Verf. neigt also zur Annahme, dass die Sängerknötchen und die echten Stimmbandcystchen aus den Stimmbanddrüschen entstehen. JONQUIÈRE.

66) **H. Halász. Diaphragma glottidis congenitum.** *Orvosi Hetilap. 26. Beilage orr-gége es fülgyógyászat. No. 2. 1905.*

Schweres Athmen nur bei raschem Gehen oder stärkerer Arbeit zu spüren. Verf. schlitzte mit einem Kehlkopfmesser das Diaphragma von vorne nach hinten

zu auf und entfernte die getrennten Theile mittelst einer scharfen Kehlkopfpincette.

v. NAVRATIL.

67) **Nakayama** (Tokio). **Congenitale Membranbildung an der hinteren Wand des Larynx.** *Prager med. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1905.*

Der im pathologischen Institut zu Prag gelegentlich einer Section beobachtete Fall von Membranbildung an der hinteren Kehlkopfwand ist nach der Literatur der vierte und hatte die Besonderheit einer doppelten Bildung der Membran. Sowohl in der Musculatur des Larynx als auch in der des Pharynx und Oesophagus fanden sich typische, meist sehr kleine Muskelspindeln, deren Vorkommen in der Musculatur dieser Organe bisher verneint wurde.

CHIARI-HANSZEL.

68) **Heinrich Halász** (Miskolz). **Die durch membranöse Verwachsung der Stimmbänder entstandene Stimmritzenverengung. Diaphragma glottidis congenitum.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Bericht über einen Fall von angeborenem Kehlkopf-Diaphragma. Differentialdiagnostische Betrachtungen über angeborene und erworbene Diaphragmen.

HECHT.

69) **Maas** (Berlin). **Ueber eine eigenartige Articulationsstörung.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde. November-December 1905.*

Eine 64jährige Frau hatte vor 2 Monaten einen Schlaganfall (rechtsseitige Extremitätenlähmung und mit Verlust der Sprache) erlitten. Von den Folgen dieses Insultes blieb nur eine Articulationsstörung zurück, die darin bestand, dass die Pat. stets an Stelle von g ein d und an Stelle von K ein T sprach. Diese Störung bestand nur beim Spontansprechen, verschwand völlig beim Nachsprechen. Nach etwa 4 Wochen war diese Sprachstörung nicht mehr nachweisbar.

SEIFERT.

70) **Tóvölgyi. Ueber Störungen der Stimme bei Sängern.** *Klinikai füretek. No. 7 u. 8.*

Am häufigsten wird die Function der Gesangsorgane gestört durch Katarrhe der oberen Luftwege, durch Hypertrophien der unteren Muscheln, der Tonsillen, der Seitenstränge. Eine häufige Ursache bilden Sängerknoten, Polypen des Larynx, Pachydermie der interarytaenoiden Gegend, Muskelparesen, Parästhesien, hysterische Zustände.

Betont die Nothwendigkeit der fachärztlichen Controle an Gesangsschulen, Theatern.

v. NAVRATIL.

71) **Ernst Barth** (Frankfurt a. O.). **Zur Therapie der Aphonia spastica vermittels mechanischer Beeinflussung der Glottisbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 30.*

Verf. erzielte in mehreren Fällen von Aphonia spastica anfänglich vorübergehende, später anhaltende Besserung, indem er den übermässigen phonischen Glottisschluss rein mechanisch verhinderte; er führte zu diesem Zwecke die Kehlkopfsonde zwischen die vorderen Theile der anästhesirten Stimmbänder oder einen stärkeren Keil — in Gestalt einer endolaryngealen Elektrode — zwischen die Glottis cartilaginea.

F. KLEMPERER.

72) **H. Gutzmann. Ueber die spastischen Stimmstörungen und ihre Behandlung.** *Medicinische Blätter. No. 46, 47, 48. 1905.*

Im Gegensatz zu der Normalsprechkurve erfolgt nach einer sehr heftigen Inspirationsbewegung nie eine gleichmässige und ruhige Exspiration, sondern es erfolgen auf dem Exspirationsschenkel der Kurven, gleichsam in Form von kleinen Zacken aufgebaut, fortwährend neue, sehr kurze Inspirationsbewegungen. Die Stimmbänder zeigen bei der Inspiration sog. perverse Action. Durch Einübung richtiger geräuschloser Inspiration wird auch auf den Sprach- und Stimmbildungsvorgang corrigirend eingewirkt. Prophylaktisch empfiehlt Autor, scharf und exact zu articuliren, leise zu sprechen.

J. KATZENSTEIN.

73) **T. Gordon Wilson. Sensorische Nervenendigungen am Kehlkopfeingang. (Sensory nerve endings at the entrance to the larynx.)** *N. Y. Medical News. 12. August 1905.*

Im Vestibulum laryngis besteht Geschmacksempfindung. Alle Autoren stimmen darin überein, dass über die Schleimhaut des Kehlkopfeingangs Geschmacksknospen vertheilt sind, die mit denen der Zunge zu vergleichen sind; über ihre Function bestehen bisher nur Vermuthungen. Der Hauptnerv für den Kehlkopfeingang ist der Laryngeus superior; durch seine Vermittlung werden Nervenfasern von drei verschiedenen Quellen, dem Vagus, dem Glosso-pharyngeus und dem Sympathicus geliefert.

Während die Nerven hauptsächlich auf der Seite vertheilt sind, zu der sie gehören, können zahlreiche Fasern über die Mittellinie hinweg verfolgt werden, und wenn man den Laryngeus superior auf der einen Seite durchschneidet, kann man auf der anderen Seite von der Mittellinie Degeneration beobachten. Die Hauptäste lösen sich in subepitheliale Plexus auf, von denen die Nervenendigungen entstehen; diese lassen sich in zwei Gruppen theilen, eine subepitheliale und epitheliale. Die subepithelialen Nervenendigungen können eingekapselt und uneingekapselt sein. Die eingekapselten stellen hauptsächlich modificirte Meissner'sche Körperchen und andere schwer zu classificirende Varietäten dar; die uneingekapselten sind meist baumartig, doch sieht man auch Ruffini'sche Nervenendigungen und andere. Die epithelialen Nervenendigungen sind in drei Variationen vorhanden: im Flimmerepithel, im Pflasterepithel und in Verbindung mit den Geschmacksknospen. Die Geschmacksknospen liegen im geschichteten Pflasterepithel; sie sind nicht wie bei den Papillae circumvallatae der Zunge in Furchen verborgen, sondern liegen an der freien Oberfläche; sie sind ihrer Structur nach mit denen der Zunge zu vergleichen. Sie sind reichlich von Nerven versehen, und zwar nicht nur die Knospe (perigemmal), in der Knospe (intragemmal) und an der Basis (subgemmal). Die beiden hauptsächlichsten Hypothesen in Bezug auf die Function dieser Knospen werden erörtert. Nach deren einen stellen sie blosse Ueberreste der phylogenetischen Entwickelung dar, nach der anderen sind sie reflectorische Organe, um den Verschluss des Kehlkopfes während der Passage der Nahrung zu verstärken.

LEFFERTS.

74) **E. Barth** (Frankfurt a. O.). **Zur Symptomatologie der doppelseitigen Facialislähmung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1905.*

Verf. erörtert die bedeutenden Veränderungen, die die Sprache bei doppelseitiger Facialislähmung, durch Ausfall der Lippenlaute, durch undeutliche Vocalbildung und durch den Ausfall der Backenspannung erleidet.

ZARNIKO.

75) **Leone Segre. Ein Fall von Lippen-Zungen-Kehlkopflähmung. (Su un caso di paralisi labio-glosso-laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. X. 15. November 1905.*

Pat. ist eine 60jährige Frau. Im unteren Theil des Gesichts sind die Bewegungen beschränkt, aus den Mundwinkeln fliesst Speichel, die Zunge ist völlig gelähmt; die Worte werden mühsam hervorgebracht, doch ist die Stimme laut; Kauen und Schlucken bieten grosse Schwierigkeiten, die Speisen bleiben oft in den Backentaschen liegen. Der Pharynxreflex fehlt, wogegen die Sehnen- und Hautreflexe erhalten sind. Im Verlauf eines halben Jahres verschlechtern sich die Erscheinungen; beim Versuch zu sprechen kommt nur ein Stammeln zu Stande. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man das linke Stimmband völlig in Cadaverstellung, das rechte überschreitet die Mittellinie. Die Sensibilität im Gesicht und auf der Mundschleimhaut ist intact.

Verf. giebt eine Analyse der Pathogenese des Falles.

FINDER.

76) **E. Kronenberg. Ein Beitrag zur Symptomatologie der motorischen Lähmung des Laryngeus superior.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1905.*

Eine von dem linken Antheil des Zungenbeinkörpers ausgehende, etwa hühnereigrosse Cyste hatte die linke Schildknorpelplatte — wie sich bei der Operation ergab — etwas nach innen eingedrückt und anscheinend auch eine Drucklähmung des Ramus externus des Nerv. laryngeus superior und damit eine Lähmung des Muscul. cricothyreoideus hervorgerufen. Laryngoskopisch zeigte sich „eine deutliche Niveaudifferenz beider Stimmbänder bei der Phonation, das gelähmte stand tiefer; gelegentlich ferner vielleicht eine geringe Verkürzung und etwas wellige Form des Stimmbandes, doch mussten zur Erzeugung dieses Bildes noch andere Momente, wohl ungenügende Contraction des Internus, mitspielen, da es stets schnell vorübergehend erschien“. Alle anderen, sonst beschriebenen Veränderungen konnte Autor nicht wahrnehmen. „Functionell zeigte sich die Lähmung durch Bildung einer tonlosen, knarrenden, tiefen Stimme und die Unfähigkeit, eine höhere Tonlage zu erzeugen.“ Pat. entzog sich nach Heilung der Operationswunde der weiteren Controle.

HECHT.

77) **Lavrand. Lähmung des linken Stimmbandes und der linken Gaumensegelhälfte. (Paralysie de la corde vocale gauche et de la moitié gauche du voile du palais.)** *Journ. de scs. méd. de Lille. 10. Juni 1905.*

Die Lähmung war auf tracheo-bronchiale Drüsen bei einem Tuberculösen zurückzuführen.

A. CARTAZ.

78) F. Massei. **Ein prämonitorisches Zeichen der Recurrenslähmung. (Un segno premonitorio della paralisi del ricorrente laringeo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Fasc. 1. 1906.*

Bei einem Fall von Aortenaneurysma beobachtete Verf., dass die Adductions- und Abductionsbewegungen der Stimmbänder zwar rhythmisch und vollständig waren, dass aber das linke Stimmband tiefer als das rechte stand; ebenso schien der linke Aryknorpel etwas tiefer zu liegen als der rechte. Es fand sich völlige Anästhesie des Larynxeingangs bis zum Niveau der Stimmbänder. Verf. hält die Anästhesie des Vestibulum für ein fast constantes Begleitsymptom der Recurrenslähmung; sie kann ein frühes Zeichen der Lähmung sein und geht nie über das Vestibulum hinaus. Bei linksseitiger Recurrenslähmung besteht meist völlige Anästhesie, bei rechtsseitiger Hypästhesie.

FINDER.

79) Gustav Singer. **Fremdkörper im Sinus piriformis.** *Gyermergyógyászat. No. 1905. Beilage zu „Orvosi Hetilap“.*

Kind von 4 Jahren bekam beim Wassertrinken eine Stecknadel in den Sinus pyriformis. Entfernung in Narkose mittelst Kornzange. Mit sehr gelungener Röntgenphotographie.

v. NAVRATIL.

80) M. Pauner. **Der practische Werth der Bronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 44.*

Die Laryngo-Tracheoskopie ist bei der Diagnose bei kleinen Kindern nicht zu vermissen. Sie gelingt in der Chloroformnarkose ganz leicht. Verf. führt zwei Fälle an. In einem führte er nach der Tracheotomie die Bronchoskopia inf. aus und fand im rechten Bronchus einen Frempkörper und entfernte einen Theil desselben, einen hanfsamengrossen Knochensplitter; nach einiger Zeit hustete das Kind noch einige Knochentheilchen aus. Im anderen Falle fand Verf. mit Bronchoskopia inf. einen grossen Melonenkern im rechten Bronchus und entfernte denselben mittelst Zange.

v. NAVRATIL.

81) Bergh (Malmö). **Zur Casuistik der Fremdkörper des Kehlkopfes.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1905.*

Eine zur Deckung eines Defects im harten Gaumen bestimmte Prothese von 27 mm Länge und 25 mm Breite wurde von einem Patienten aspirirt und lag mehrere Wochen im Larynx über dem rechten Stimm- und Taschenbande ohne — ausser geringer Heiserkeit — Beschwerden hervorzurufen. Die im Laufe der Zeit mit Salzen inkrustirte und mit Schleim bedeckte Platte täuschte anfangs eine luetische Ulceration des Larynx vor und konnte erst nach mehrwöchentlicher Behandlung richtig diagnosticirt und dann leicht per vias naturales entfernt werden.

HECHT.

82) Kob (Berlin). **Beiträge zur Killian'schen Bronchoskopie.** *Deutsche med Wochenschr. No. 10. Vereinsbeilage. 1905.*

Vorstellung zweier durch obere Bronchoskopie geheilter Fremdkörperfälle (Federpose, Knochenstückchen). — In der Discussion erwähnen Tillmanns (Leipzig) und Borchardt einiger Misserfolge, die aber nicht der Methode zur Last gelegt werden können.

ZARNIKO.

83) **Manasse** (Strassburg i. E.). **Demonstrationen zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. Vereinsbeilage. 1905.*

1. Ein Stück Eierschale am unteren Ende der Trachea oder im Anfangstheil eines Hauptbronchus, bei genauer Einstellung der Bronchoskopröhre durch Husten spontan entleert. 2. Präparat eines Speiseröhrenkrebses. Probeexcision war leicht durch das Oesophagoskop auszuführen gewesen. ZARNIKO.

84) **Robert Barclay. Ein practischer Rathschlag bezüglich der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf. (A practical suggestion respecting the removal of foreign bodies from the larynx.)** *Journal Missouri State Medical Association. August 1905. Medical Fortnightly. 11. September 1905.*

Der Rath besteht darin, dass, wenn der Fremdkörper gefasst ist, der Patient lange hintereinander ausathmen und wenn der Punkt der Intoleranz erreicht ist, plötzlich tief einathmen soll, wobei sich der Larynx weit ausdehnt. Der Fremdkörper folgt dann, ohne dass man zu ziehen braucht. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

85) **G. Tescione. Histologische Modification der Schilddrüse infolge Exstirpation der Ovarien; experimentelle Studie. (Modificazione istologicha della glandola tiroide in seguito all'ablazione delle ovaje: ricerche sperimentali.)** *Arch. Ital. Ginecol. Anno 7. Vol. 2. No. 6. p. 251. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

86) **A. Lüthi. Ueber experimentelle venöse Stauung in der Hundeschilddrüse.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 247. 1905.*

Die Schilddrüse ist so reichlich mit Venen versorgt, dass selbst nach Unterbindung der Hauptäste die Circulation sich durch compensatorische Vergrösserung des noch durchgängigen Venenquerschnittes und wohl auch durch vorübergehende Verminderung der Blutzufuhr rasch wieder ins Gleichgewicht setzen kann. Genügen diese compensatorischen Vorgänge nicht, so entsteht Stauung mit histologischen Veränderungen, welche zum Theil denjenigen der Thyreoiditis analog sind. Sie setzen sich zusammen aus: Dilatation der Venen und Capillaren, Blutaustritt in die Alveolen, Colloidschwund, Epitheldesquamation und respiratorischen Vorgängen, Resorption des Blutergusses und Bindegewebsneubildung. Im Gegensatz zum histologischen Bild der Thyreoiditis fehlt dagegen die vermehrte Neubildung und Wucherung der Epithelzellen, sowie die reichliche Einwanderung von Leukocyten in das Bläscheninnere. Bei Verschluss sämmtlicher Venen entsteht Nekrose unter dem Bilde des rothen Infarktes. Die Desquamation der Epithelzellen ist der Ausdruck der Schädigung, welche das Gewebe durch die venöse Stauung erlitten hat. Das normale Colloid der Hundeschilddrüse ist ein flüssiger Eiweisskörper. Die Schilddrüsenvenen betheiligen sich wahrscheinlich nicht wesentlich an der Colloidabfuhr. J. KATZENSTEIN.

87) **J. Sarbach. Das Verhalten der Schilddrüse bei Infectionen und Intoxicationen.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 213. 1905.*

Die acuten Infectionskrankheiten, besonders Scharlach, können ausgesprochene histologische Veränderungen in der Schilddrüse hervorrufen, diese Veränderungen bestehen in Hyperämie, Verflüssigung und Schwund der Colloiddesquamation der Epithelzellen. Die beobachteten Unterschiede sind gradueller Natur, das Bindegewebe bleibt immer intact. Chronischer Alkoholmisbrauch wirkt schädigend auf die Schilddrüse ein; diese Einwirkung giebt sich im Wesentlichen kund durch die gleichen histologischen Veränderungen wie bei Infectionskrankheiten. Die chronische Lungentuberculose ruft in der Mehrzahl der Fälle und viel häufiger als irgend eine andere Erkrankung, in der Schilddrüse eine Vermehrung des Bindegewebes hervor und bedingt überdies ein allmäliges Schwinden der Follikel. Chronische Nephritis, Urämie, Kachexie bei Krebs, Sarkom bewirken keine Veränderungen an der Schilddrüse.

J. KATZENSTEIN.

88) **Goris. Exstirpation von drei cystischen Nebenschilddrüsenlappen. (Exstirpation de trois lobules parathyroïdiens kystiques.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1905.*

Auftreten eines gelappten Tumors seit 3 Jahren in der linken Warzenfortsatzgegend bei einem 22jährigen Mann; die Palpation ergiebt das Gefühl von weichen Lymphomen. Exstirpation mit Incision nach Kocher; der sehr adhärente Tumor erwies sich bei der Dissection zusammengesetzt aus drei nebeneinandergereihten, von einander ebenso wie von der Schilddrüse unabhängigen Cysten, welche eine grünliche, klebrige Flüssigkeit entsprechend der von Schilddrüsencysten, enthielt, eingeschlossen in eine hinten dick- und vorne dünnwandige Cyste. Depage hat einen ähnlichen Fall bei einem 50jährigen Mann operirt.

BAYER.

89) **John B. Murphy. Obere accessorische Schilddrüsen. (Superior accessory thyreoids.)** *Journal American Medical Association. 16. December 1905.*

Die medicamentöse Behandlung ist unbefriedigend; die Prognose einer Operation ist im Allgemeinen gut, wenn die normale Schilddrüse vorhanden ist. Dieser Punkt ist von grösster Bedeutung. Ist die accessorische Schilddrüse die einzige, die der Pat. hat, so soll sie nicht entfernt werden. Der Weg der Operation soll suprahyoidal oder submental sein. Eine Incision wird von der Symphyse des Kinns nach unten bis zum Zungenbein gemacht; die correspondirenden Muskeln werden mittels Retractoren getrennt und sobald der Tumor zu Gesicht kommt, wird er enucleirt. In 6 von 39 Fällen trat Recidiv ein.

LEFFERTS.

90) **Ruch** (Souvillier). **Besteht ein Zusammenhang zwischen Strumen und Katarrh?** *Berner Dissertation. Bern 1905.*

Vossius und sein Schüler Becker vermuthen einen Zusammenhang zwischen Struma und Linsenstaar auf dem Wege der Autointoxication. Verf. fand: 1. bei 58 Kropffällen bloss 3 Staare, welche sich durch Senilität erklärten; 2. bei 42 Fällen von nicht congenitalem Cataract keinen grösseren Procentsatz an Kröpfen, als er bei der Berner Bevölkerung überhaupt vorkommt; 3. trotzdem im Berner-

land mehr Kröpfe vorkommen als in Deutschland, ist der Procentsatz der Staarblinden nicht grösser.

Verf. beantwortet daher seine Frage entschieden verneinend.

JONQUIÈRES.

91) **Lawrence Humphgry. Die Parathyroiddrüsen beim Morbus Basedow. (The parathyroid glands in Graves' disease.)** *Lancet. 11. November 1905.*

In 4 schweren — darunter 2 tödtlichen — Fällen von Morbus Basedow wurden die Parathyroiddrüsen untersucht; man fand in allen Fällen intensive Fettinfiltration. In 18 anderen Fällen wurden die Parathyroiddrüsen gleichfalls excidirt und völlig normal und frei von Fett befunden. In keinem Fall ven Graves Krankheit waren die Parathyroiddrüsen hypertrophirt. Verf. beschreibt seine Methode der Exstirpation der Drüsen.

ADOLPH BRONNER.

92) **H. B. Shaw** (London). **Eine Vorlesung über Morbus Basedow. (A lecture on exophthalmic goitre.)** *The Clinical Journal London. 18. October 1905.*

Verf. behandelt in dieser Vorlesung die meisten Ergebnisse auf dem Gebiet der Forschungen über Pathologie und Therapie der Krankheit.

JAMES DONELAN.

93) **S. Dreschfeld** (Manchester). **Ueber einige Symptome und die Behandlung des Morbus Basedow. (On some of the symptoms and treatment of Graves disease.)** *The Medical Chronicle Manchester. Januar 1906.*

Verf. beschreibt einige der hauptsächlichsten und bestbekannten Symptome dieser Krankheit, die er durch einige Fälle illustrirt. Die besten Resultate hat er mit dem Moebius'schen Antithyreoidserum erzielt.

JAMES DONELAN.

94) **B. Farquhar Curtis. Resultate der chirurgischen Behandlung bei Morbus Basedow. (Results of the surgical treatment in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 7. October 1905.*

Von den beiden in letzter Zeit empfohlenen Operationen, der partiellen Thyreodectomie und der Entfernung des sympathischen Cervicalganglion, giebt Verf. der ersteren den Vorzug, weil sie einfacher ist und nicht so ausgedente Narben resultiren. Er citirt einen chirurgisch behandelten Fall, in dem der Kropf einige Zeit nach der Operation recidivirte und der Patient an acuter Endocarditis starb. Sechs von den Patienten, die starben, hatten nach der Operation Albuminurie, während ein Patient, der vor der Operation Albuminurie hatte, genas. Viele von den Patienten, die ad exitum kommen, zeigen Zeichen von acutem Thyreoidismus. Bei der partiellen Thyreoidectomie braucht kein allgemeines Anästheticum angewandt zu werden, da dies zur Entstehung von acutem Thyreoidismus führen kann; die Operation soll vielmehr unter localer Cocainanästhesie gemacht werden. Die Erfolge der partiellen Thyreodectomie sind, dass die Patienten von den störenden Symptomen der Krankheit befreit werden: der Exophthalmus wird verringert, die Augenlider können geschlossen werden, der Kropf wird verkleinert, auch der Tremor und die anderen Symptome nehmen ab. Von 136 Fällen starben 17 an acutem Thyreoidismus; bei den Ueberlebenden kommen gelegentlich Recidive vor.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

95) **Glücksmann** (Berlin). **Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Verf. betont, dass das Eindringen von Fremdkörpern in die oberen Speisewege stets als Trauma anzusehen ist. Der Arzt thut im eigenen Interesse gut, den Pat. auf die Möglichkeit nachträglicher Complication (Mediastinitis, Septicämie) hinzuweisen, bevor er einen Eingriff unternimmt. — Mittheilung mehrerer Fremdkörperfälle, bei denen das Glücksmann'sche Oesophagoskop mit Vortheil verwandt wurde. (Die schematischen Abbildungen, die dieses Instrument erläutern sollen, sind dem Referenten absolut unverständlich.)

ZARNIKO.

96) **H. E. Lomex. Ruptur der Speiseröhre infolge Verletzung von aussen her. (Rupture of the esophagus resulting from external traumatism.)** *N. Y. Medical Record. 6. Januar 1906.*

Verf. giebt an, dass sein Fall der zweite bisher beobachtete von Ruptur der Speiseröhre infolge Verletzung von aussen her sei. Es handelte sich um eine 44 jährige Frau, deren Körper bei einem Fahrstuhlunfall stark comprimirt wurde. Sie verlor das Bewusstsein nicht und klagte nicht über grosse Schmerzen. Elf Stunden später trat der Tod ein nach ziemlich plötzlichem Auftreten von Collapssymptomen; die Autopsie zeigte eine Ruptur des Oesophagus dicht über dem Zwerchfell mit Austritt von Mageninhalt in die linke Pleurahöhle. Ausserdem bestanden multiple Beckenfracturen.

EMIL MAYER.

97) **A. Hannecart** (Brüssel). **Ueber die Fremdkörper des Verdauungscanals und speciell des Oesophagus. (A propos des corps étrangers du tube digestif et specialement de l'oesophage.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 2. 1905.*

H. führt zuerst 3 Fälle an von verschluckten Nadeln und Stecknadeln; während die Stecknadeln den ganzen Intestinaltractus durchliefen, perforirten die Nadeln den Magen, den Darm und die Pleura und riefen Abscesse hervor, deren Eröffnung das Ausstossen des Fremdkörpers veranlasste. — Sodann theilt er 2 Fälle von Oesophagusfremdkörpern mit, wovon der eine — eine Münze — oberhalb der Cardia festsass und in den Magen gestossen wurde, event. nach 7 Tagen mit dem Stuhl abging; der zweite stellt einen voluminösen Fremdkörper — künstliches Gebiss — dar, der vermittelst der Radiographie diagnosticirt und durch die Oesophagotomia interna entfernt wurde. Heilung. Er schliesst daraus: die Entfernung der Fremdkörper auf natürlichem Wege, vorausgesetzt, dass sie mit grosser Vorsicht ausgeführt wird, ist indicirt bei runden Körpern (Münzen) und in frischen Fällen.

In allen alten Fällen und in frischen Fällen, in welchen der Fremdkörper eine oder mehrere scharfe Ecken darbietet, schreite man zur Entfernung auf künstlichem Wege, sei es durch die Pharyngotomia retrothyroidea, sei es durch die Oesophagotomia externa, sei es durch die Gastrotomie.

Die Radiographie ist von grossem Vortheil bei der Wahl des operativen Eingriffs.

BAYER.

98) **v. Hacker** (Innsbruck und Graz). **Weitere Beiträge zur Fremdkörperentfernung mittels der Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. 1905.*

Den 1901 (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 29) zusammengestellten 27 Fällen (mit 26 Erfolgen) reiht Verf. 12 neue Fälle (sämmtlich erfolgreich) von Fremdkörperentfernung mit Hülfe des Oesophagoskops an. Eine Uebersicht über die sämmtlichen Fälle lehrt, dass „aus dem normalen Oesophagus in 18 Fällen, in denen es sich um grössere Fremdkörper handelte, am häufigsten Knochenstücke (8 mal), demnächst Gebisse (4 mal) und Fruchtkerne entfernt wurden. Bei den Stricturen (17) der verschiedensten Art handelte es sich ausser verstopfenden Fleischstücken (8 mal) fast ausschliesslich um Fruchtkerne (6 mal Pflaumen-, 2 mal Kirschkerne), 1 mal um eine Steinkugel. Aus dem infrabifurcalen Theil des normalen Oesophagus wurden Fremdkörper 6 mal, aus Stricturen desselben 11 mal entfernt". Verf. fordert von den Chirurgen, dass sie die Oesophagoskopie beherrschen lernen.

ZARNIKO.

99) **Coolidge. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophapus.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Juni 1905. Boston Medical and Surgical Journal. 25. Mai 1905.*

Eine Frau verschluckte eine geöffnete Sicherheitsnadel, die mittels der X-Strahlen mit nach oben gerichteter Spitze im Oesophagus zu sehen war. Die Spitze drang in die Gewebe ein und die Extractionsversuche mussten zuerst wieder aufgegeben werden. Verf. liess einen Metallring anfertigen von passendem Durchmesser, der im rechten Winkel an einem festen Draht befestigt war. Eine Killian'sche Röhre wurde in den Oesophagus eingeführt und durch diese der Ring, der nach unten unter die Nadel geschoben wurde. Mit einer Killian'schen Zange wurde die Nadel bei der Spitze gefasst, nach unten in den Ring gestossen und mit diesem zusammen extrahirt.

LEFFERTS.

100) **G. Finály. Ueber directe Oesophagoskopie und Bronchoskopie.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 50.*

Zusammenfassender Artikel.

v. NAVRATIL.

101) **Bayard Holmes. Oesophagusstrictur infolge Spasmus der Cardia. (Stricture of the oesophagus from spasm of the cardia.)** *Medical Standard. April 1905.*

Cardiospasmus kommt bei Carcinom, Ulcus, Fissuren und anderen Läsionen in unmittelbarer Nähe des Oesophagus vor. Er kann auch ohne erkennbare Ursache wahrscheinlich infolge neurotischer Ursachen eintreten. Die Dinge liegen ähnlich wie beim Stottern; gewöhnlich geht das Schlucken frei vor sich; tritt aber eine Gemüthserregung ein im Moment der Deglutition, so tritt ein scharfer nach Brust und Rücken ausstrahlender Schmerz in der Sternalgegend auf, der oft so stark wird, dass sich Dyspnoe und Asthma wie bei Angina pectoris einstellt. Oft tritt bei diesen Anfällen Bewusstlosigkeit und Erbrechen ein. Verf. behandelt die pathologische Anatomie und Behandlung der Krankheit.

EMIL MAYER.

102) **Noever. Spastische Oesophagusstenose. (Sténose spastique de l'oesophage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 46. 1905.*

In der Sitzung der klinischen Gesellschaft Brüsseler Hospitäler vom 9. September 1905 berichtet N. über einen 65jährigen Kranken, welcher seit 7 Jahren nur Flüssiges zu sich nehmen konnte. Die Sonde dringt bis ca. 30 cm von der vorderen Zahnreihe an vor und kommt blutig zurück. In Folge wiederholter Sondirungen konnte Patient 2 Tage lang selbst Flüssigkeiten nicht mehr verschlucken. Die radialogische Untersuchung lieferte wichtige Aufschlüsse bezüglich der Diagnose: Bei dem emphysematösen Kranken zeigte sich an der linken Lungenspitze eine dunkle Stelle; Drüseninfiltration unterhalb beider Schlüsselbeine, besonders links an der dunklen Stelle; 3 cm unterhalb der linken Clavicula sieht man eine pulsirende dunkle Stelle, welche von der zurückgedrängten Aorta herstammt. Lässt man eine Bismuthkapsel verschlucken, so sieht man sie mehrere Male zurückprallen, ehe sie den Oesoghagus passirt. Es handelt sich demnach um Oesophagusspasmen, deren Ursprung in den Drüseninfiltrationen des Mediastinums und in der Verdrängung der Aorta gesucht werden muss.

BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jahresversammlung der British Medical Association

in Leicester 1905.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

Vorsitzender: J. W. Bennett.

Der Vorsitzende heisst die Mitglieder willkommen und giebt eine kurze Einführung in die Arbeiten der Section.

Das Thema, das zuerst zur Discussion gestellt ist, betrifft die Behandlung der tuberculösen Kehlkopferkrankung.

Habershon (London) giebt zunächst ein kurzes historisches Resumé. Er führt eine Anzahl von Autoritäten an für die Ansicht, dass die Larynxtuberculose fast stets secundär zu einer Lungenerkrankung hinzutritt. Die verschiedenen Meinungen über das Zustandekommen der Kehlkopfaffectionen (Louis, Rheiner, Heinze, Mackenzie) werden angeführt. In einer grossen Anzahl von Fällen bestehen die ersten Symptome, durch die eine tuberculöse Laryngitis sich ankündigt, in einem Kehlkopfkatarrh.

Redner führt Statistiken an über die Häufigkeit der Erkrankung bei solchen Personen, deren Stimme in abnormer Weise in Anspruch genommen ist oder die in staubiger Luft sich aufzuhalten gezwungen sind. Er stimmt mit der vor 20 Jahren in Wien ausgesprochenen Ansicht überein, dass die Localisation der frühzeitigen Erkrankung von der Art des Epithelüberzuges abhängt. Er giebt eine auf zahlreiche Sectionsbefunde sich stützende Statistik, aus der hervorgeht, dass die Erkrankung gewöhnlich dort beginnt, wo die Schleimhaut Papillen besitzt und wo Pflasterepithel vorhanden ist. Das mit Tuberkelbacillen beladene Sputum

bleibt auf dem Flimmerepithel nicht haften; wenn aber ein katarrhalischer Zustand an anderen Stellen die papilläre Structur steigert und zur Bildung tiefer Taschen führt, so ist die Möglichkeit für eine Infection und Resorption tuberculösen Materials gegeben.

Bei frühen Ulcerationen ist Allgemeinbehandlung, Ruhe und Vermeidung des Sprechens von grösster Wichtigkeit. Bei oberflächlichen Ulcerationen hat er Pinselung mit Milchsäure am wirksamsten gefunden. Auch jodhaltige Medicamente sind werthvoll; auf Injectionen von Jodipin wird hingewiesen. In späteren Stadien räth H. nicht zu energischen operativen Maassnahmen, ausser wenn die Kehlkopfsymptome den hervorstechendsten Theil des Krankheitsbildes ausmachen und die Lungenerkrankung nur leicht ist. Gelegentlich kann Kehlkopfexstirpation oder sonstige radicale Operation erwünscht sein. Von all den Palliativmitteln bei vorgeschrittener Kehlkopferkrankung ist keins so werthvoll wie das Orthoform.

Jobson Horne (London) berichtet kurz über klinische und pathologische Untersuchungen, die er im Jahre 1893 begonnen hat. Er schätzt, dass in 97 pCt. der Fälle von Phthise zu einer oder der anderen Zeit während des Verlaufes der Erkrankung Erscheinungen von Seiten des Larynx vorhanden sind. Diese Symptome rühren oft von krankhaften Veränderungen in den tieferen Gewebstheilen her zu einer Zeit, wo die oberflächlichen Theile dem blossen Auge noch keine Abweichungen vom Normalen zeigen.

Die Grundsätze, die für eine chirurgische Behandlung maassgebend sind, lassen sich nur durch gründliche Studien am Sectionstisch und im Laboratorium kennen lernen. Dementsprechend giebt H. in einer Reihe von Sätzen das Ergebniss seiner während eines Zeitraums von 12 Jahren bei den Sectionen erworbenen Erfahrungen wieder. Sie lauten:

1. Wenn der Kehlkopf tuberculös erkrankt war, hatte die Krankheit stets auch schon die Lunge ergriffen gehabt. Primäre Larynxtuberculose wurde in einer kaum in Betracht kommenden Zahl von Fällen beobachtet.

2. Trat die Lungenerkrankung in der rein miliaren Form auf, so wurde der Larynx nicht inficirt.

3. Die Kehlkopferkrankung machte pari passu mit der Lungenaffection Fortschritte, d. h. zur Zeit, wo es im Kehlkopf zu Geschwürsbildung gekommen war, hatten sich in der Lunge Cavernen gebildet. Umgekehrt kam die Kehlkopferkrankung zum Stillstand, wenn dies bei der Lungenerkrankung der Fall war.

4. Die Infection des Larynx erfolgte durch das aus den Lungen stammende Sputum.

Redner demonstrirt dann an der Hand von Lichtbildern: a) gewisse für die Kenntniss der Aetiologie und Behandlung der Kehlkopftuberculose wichtige Punkte aus der Histologie des Larynx; b) die Art der Infection des Larynx; c) die natürliche Art, wie die Erkrankung zum Stillstand kommt; d) die Resultate der chirurgischen Behandlung; e) die Rolle, die bei der tuberculösen Erkrankung des Larynx dem Lymphgefässsystem zukommt; f) die primäre Larynxtuberculose.

Die Hauptaufgabe des Arztes besteht darin, dass er die Natur bei ihrem Bestreben unterstützt, die Krankheit mit der möglichst geringen Zerstörung des Larynx zum Stillstand zu bringen.

Redner hat auf der Versammlung in Portsmouth im Jahre 1899 den Nachweis zu führen gesucht, dass Pachydermia laryngis tuberculosa den Ausgang des natürlichen Krankheitsstillstands darstellt. Die Hyperplasie und Metaplasie des Epithels und die begleitende Fibrose der Submucosa stellen einen Heilungsprocess dar, zu dem die chirurgische Behandlung nicht beitragen kann. Im Jahre 1899 und dann wieder in Chattenham 1901 hat H. betont, dass bei den mehr chronischen Fällen der Krankheit, in denen Verdickung der Schleimhaut ohne Ulceration Platz gegriffen hat, es irrationell ist, mittels Curetten und schneidenden Zangen eine Continuitätstrennung in der Oberfläche hervorzurufen. Lineare mit einem scharfen Messer in longitudinaler Richtung gemachte Incisionen hat er für geeignet befunden, um Oedeme und chronische Verdickungen zum Rückgang zu bringen; eine weite Verletzung der Oberfläche dagegen mittels Curette oder Zange ist in Fällen von zum Stillstand gekommener Erkrankung des Kehlkopfes und der Lungen im Stande, eine Infection der cervicalen Lymphdrüsen und eine weitere Ausbreitung der Krankheit zu bewirken. Es ist ein dringendes Gebot, nicht nur den Larynx, sondern den Patienten zu behandeln. Inhalationen und intratracheale Injectionen sind, wenn sie sachgemäss ausgeführt werden, oft von grossem Werth für die Vermeidung der Kehlkopfinfection. Sanatoriumbehandlnng kann direct und indirect die Kehlkopferkrankung günstig beeinflussen; sie bessert den Zustand der Lunge und vermindert dadurch die Häufigkeit der Kehlkopfcomplicationen. Locale Behandlungsmethoden sollten einen Theil der Sanatoriumbehandlung bilden. In vorgeschrittenen Fällen kann eine chirurgische Behandlung nothwendig werden; eine geschwollene Epiglottis kann die Amputation erforderlich machen; Larynxödem kann mit linearen Scarificationen, Infiltrationen mit Incision oder Galvanokaustik behandelt werden; bei indolenten Ulcerationen mag curettirt und Milchsäure eingerieben werden, doch darf diese nie bei intacter Oberfläche angewandt werden.

Die chirurgische Behandlung hat innerhalb gewisser Grenzen ihre Berechtigung; extreme chirurgische Methoden mit energischer Anwendung der Zange können nicht als rationell betrachtet werden.

Harold Barwell (London) betont, dass die Behandlung sich danach richten muss, ob man eine völlige Heilung des Patienten erzielen zu können glaubt, ob man bloss die Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes ohne Rücksicht auf die Lungen zum Stillstand bringen will oder ob man ausschliesslich nur eine Erleichterung der Beschwerden anstrebt. Wir sollten auf eine völlige Heilung überall da hinzielen, wo die Lungenerkrankung zu fehlen oder nicht ausgedehnt zu sein scheint oder nicht rapide Fortschritte macht. In solchen Fällen bringt oft Application von Milchsäure, Formalin oder Phenol Heilung. Ist dagegen die Krankheit ausgedehnter, so muss ohne Verzug die Zange oder Curette in Anwendung kommen; in manchen Fällen ist auch die Thyreotomie von grossem Nutzen. Auch wenn die Lungen bereits augenscheinlich sehr stark erkrankt sind, kann eine Behandlung des Larynx noch entschieden Besserung herbeiführen.

In hoffnungslosen Fällen, wo die Lungenaffection bereits sehr vorgeschritten ist und schnell weiterschreitet oder wenn die Larynxerkrankung ausgedehnt ist, aber nicht viel Beschwerden verursacht, sollen wir von einer activen Behandlung

absehen. In den Fällen jedoch, in denen schwere Dysphagie besteht, sind oft operative Eingriffe von grösstem Nutzen; Entfernung eines Theiles des Aryknorpels oder der Epiglottis mit der Zange beseitigt oft auf einmal die Schmerzen. Alle Phthisiker sollen laryngoskopirt werden, damit die eine verhältnissmässig gute Prognose gebenden Anfangsstadien der Larynxerkrankung nicht unbemerkt bleiben.

In der Discussion spricht St. Clair Thomson die Meinung aus, dass man in der Auswahl der einer Localbehandlung zu unterziehenden Fälle sehr vorsichtig sein müsse, da diese oft grossen Schaden stifte. Er giebt eine sehr ausführliche Darstellung des Lebens im Sanatorium und ist gleichfalls der Ansicht, dass die Sanatoriumbehandlung sehr aussichtsvoll ist. Gelegentlich kann zur Beseitigung krankhafter Producte die Curette in Anwendung kommen oder man kann durch Caustica oder Cauterisation die Bildung fibrösen Gewebes und die Narbenbildung anregen. Am meisten kann man sich von einer Behandlung von Infiltrationen und oberflächlichen Geschwüren der Stimmbänder, der intraarytaenoiden Gegend und der Region vor den Aryknorpeln versprechen. Sind beide Seiten des Larynx in ausgedehntem Maasse von der Krankheit ergriffen, sind beide Aryknorpel stark infiltrirt, ist ein hartnäckiges Pseudoödem, Perichondritis oder starke subglottische Erkrankung vorhanden, so kann man keine Heilung erwarten. Redner protestirt gegen die Ansicht, dass die Tuberculose des Kehlkopfes wie eine Tuberculose der Knochen, Gelenke und Drüsen durch Excision behandelt werden könne. Ruhigstellung des Larynx ist eine der Hauptbedingungen für das Zustandekommen einer Heilung.

Die meisten der folgenden Redner legen das Hauptgewicht auf die Ruhe des Kehlkopfes und Sanatoriumbehandlung.

Having (Manchester) hat gegen Dysphonie und Husten besonders die Entfernung papillärer Excrescenzen in der Regio interarytaenoidea wirksam gefunden.

Spicer (London) legt besonderes Gewicht auf die Nothwendigkeit einer freien Nasenathmung.

Watson Williams (Bristol) hält Enthaltsamkeit von Sprechen für besonders nothwendig bei Affectionen der Aryknorpel, weniger bei oberflächlichen Ulcerationen der Stimmbänder allein. Er hat von der Anwendung der Milchsäure ausgesprochenen Nutzen gesehen, nachdem es mit der Ruhe allein lange vergebens versucht worden war.

Syme (Glasgow) hält in frühzeitigen Fällen eine einfache Behandlung oft für ausreichend, da in solchen Fällen die Laryngitis oft einen nicht tuberculösen Typus hat.

Hunt (Liverpool) stimmt mit Horne nicht darin überein, dass die Kehlkopf- und Lungenerkrankung pari passu weitergehen; er ist für vorsichtige Anwendung activer Maassnahmen.

Dundas Grant (London) meint, man müsse schärfer unterscheiden zwischen einer frühzeitigen Infiltration, die tuberculös ist und Oedem, das auf eine Mischinfection mit pyogenen Kokken zurückzuführen ist.

Herbert Tilley (London): Symptome, Diagnose und Behandlung des chronischen Keilbeinhöhlen-Empyems.

Redner beschreibt die Variationen in der Grösse und den sonstigen Verhält-

nissen des Sinus; er macht besonders auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die dadurch entstehen, dass die hinteren Siebbeinzellen sich weit nach hinten längs der oberen seitlichen Keilbeinhöhlenwand ausdehnen können.

Der Kopfschmerz ist gewöhnlich ein verticaler oder occipitaler, kann aber auch anders localisirt sein. Durch die Secretion kann ein Nasenrachenkatarrh verursacht werden. Zur Sicherung der Diagnose kann es nöthig sein, das Ostium des Sinus zu tamponiren. Häufig findet man geistige Depression.

Irrigationen des Sinus führen selten zu permanenter Besserung und Redner hat es für vortheilhafter gefunden, die vordere Sinuswand völlig unter Narkose zu entfernen. Entfernung der hinteren Siebbeinzellen ist häufig nothwendig. Tamponade des Sinus mit in verdünnter Silbernitratlösung getränkter Gaze verhütet ein Vollwuchern der Höhle mit Granulationen.

Horne hat auch die Methoden Hajek's von hohem Nutzen gefunden. Eine Ausbuchtung des Muco-Periosts kann eine polypoide Degeneration der Schleimhaut vortäuschen; Curettage sollte in jedem Fall nur sehr vorsichtig vorgenommen werden oder man muss auf unglückliche Zufälle gefasst sein.

Bronner (Bradford) erinnert an die Häufigkeit von Meningitis und Opticusatrophie im Anschluss an Sinuserkrankung.

St. Clair Thomson lenkt die Aufmerksamkeit auf die durch Vorwölbung der hinteren Siebbeinzellen bedingten Anomalien der Keilbeinhöhle.

Pegler (London) berichtet über einen Fall, in dem die Differentialdiagnose zwischen einem Sinusempyem und einer im Nasenrachen localisirten Eiterung mit Schleimhautatrophie grosse Schwierigkeiten machte.

Watson Williams (Bristol) fand gelegentlich Aspiration durch die vordere Wand von Nutzen.

Smurthwaite (Newcastle): Submucöse Resection wegen Septumverbiegungen.

Redner hat die Operation 35 mal vorgenommen. Er zeigt an der Hand einer Anzahl von Präparaten die einzelnen Phasen der Operation und auch ein „resecirendes Elevatorium", das er angegeben hat. Das Instrument ist an seinem Ende oval, über die Fläche und Schneide gebogen. Die Flächenkrümmung entspricht mehr oder weniger der Convexität der Septumverbiegung und erlaubt dem Instrument daher mit grösserer Leichtigkeit hinter die Verbiegung zu kommen. Er hat ferner das Killian'sche Septumknorpelmesser derart modificirt, dass sein Ende fast in rechtem Winkel nach oben gedreht werden kann. Das erlaubt dem Operateur, zunächst soweit nach hinten zu schneiden, wie er wünscht, dann durch Senken des Handgriffs nach unten und sodann nach vorwärts zu schneiden und so ein beträchtliches Stück des Knorpels in einem Zug zu entfernen, ohne dass man gezwungen ist, irgend welche schneidende Zange für die Entfernung des Fragments in Anwendung zu bringen. S. operirt unter Localanästhesie (Eucain β 2 pCt. und Adrenalin).

Er hat niemals irgend welchen Nachtheil aus der Dünne des übrig bleibenden membranösen Septums entstehen sehen. Die Membran schien allmälig fester zu werden, was Redner auf eine Fibrose und nicht auf eine Neubildung von Knor-

pel zurückführt. In keinem Fall trat ein Einsinken des Nasenrückens ein. Bei zunehmender Erfahrung gelang es, die Operation viel rascher als Anfangs auszuführen: im letzten Fall dauerte sie nur 20 Minuten. Die meisten Patienten waren am Tage nach der Operation bereits im Stande, ihrer Beschäftigung wieder nachzugehen.

Pegler (London): Ein Vergleich zwischen dem Werth der Septumspaltung und der submucösen Resection bei der Behandlung von Septumdeviationen.

Die Spaltung des Septums wird in England fast stets nach der Methode von Moure ausgeführt. Redner stellt für diese Operation folgende Principien auf:

1. Alle auf das Septum oder die Muscheln zu beziehenden Hindernisse der Nasenathmung müssen in derselben Narkose gleichzeitig mit der Septumspaltung beseitigt werden.

2. An Stelle von Moure's Metallplatte und der mechanischen Dilatation wird eine flache Platte aus weichem Kautschuck gesetzt.

3. An Stelle der Moure'schen Scheere tritt als ein wirksameres Instrument des Redners Septotom.

4. Die grösste Aufmerksamkeit muss darauf gerichtet werden, dass besonders der Vomer unten und oben frei durchtrennt wird, damit das Septum in seiner neuen Lage festgehalten werden kann, ohne dass durch die Platte eine Spannung oder sonstige Unbequemlichkeiten verursacht werden.

Die Hauptvortheile der unter Beachtung dieser Principien ausgeführten Spaltung des Septums sind Einfachheit und Schnelligkeit des Verfahrens. Der Erfolg ist jedem mit der rhinologischen Chirurgie vertrauten Operateur sicher. Den idealen Fall für diese Operationsmethode stellt die einfache gleichmässige Deviation mit combinirter verticaler und horizontaler Verbiegung dar. Weniger geeignet sind S-förmige Verbiegungen mit der grössten Krümmung hoch oben oder vorn. Die submucöse Resection eignet sich besser für solche Fälle, als für selbst einfache Deviationen, bei denen die Neigung vorhanden ist, zu wenig zu reseciren. Alle gewöhnlichen Abnormitäten des Septum kommen für die Operation in Betracht, mit Ausnahme der an der Sutura ethmo-vomerina posterior, die eine selbstständige Behandlung erfordern. Die submucöse Resection macht die Nothwendigkeit einer Reduction der Muscheln in verengten Nasen nicht überflüssig. Sie hat den Nachteil, lange Zeit zu erfordern, während deren der Patient sich in allgemeiner Narkose befindet. Sie erfordert grosse Erfahrung, eine sorgfältige Auswahl der Fälle, ein reiches Instrumentarium und sehr gute Beleuchtung.

Scanes Spicer (London) findet die allgemeine Anästhesie für nothwendig, operirt den Patienten aber im Sitzen.

Ouston meint, die submucöse Resection finde eine Einschränkung darin, dass in vielen Fällen von Deviation infolge Trauma in der Kindheit eine Verwachsung zwischen Schleimhaut und Knorpel bestehe.

Syme (Glasgow) demonstrirt besonders gebogene Zangen zur Abtragung der Antrumwand von der Nase aus.

F. W. Bennett (Präsident der Section).

b) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 13. Januar 1905.

Vorsitzender: Chichale Nourse.

Wallace: Nasenverstopfung und Mundathmung.

In seinem Vortrag behandelt W. das Thema der Nasenverstopfung vom Standpunkt des Zahnarztes aus; er lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf den schädlichen Einfluss, den eine vorwiegend weiche Nahrung im Kindesalter ausübt.

Chichale Nourse hält eine Ansprache als Vorsitzender.

Kelson: Nasenpolypen mit Deformität der Nase.

Es handelt sich um einen alten Fall von Nasenpolypen; der Nasenrücken ist verbreitert.

Wyatt Wingrawe: Gaumenulceration (zur Diagnose).

Dan Mackenzie: Fall von tertiärer Syphilis der Nase bei gleichzeitiger Epilepsie.

Der Fall zeigt das unglückliche Resultat, zu dem eine Untersuchung der Nase seitens eines Ophthalmologen geführt hat. Es sprechen Wyatt Wingrawe und der Vorsitzende.

Chichale Nourse: 1. Fractur des Kehlkopfs bei einem 65jährigen Manne.

Pat. fiel und schlug mit seinem Hals gegen einen Schubkarren. Bei der Untersuchung fühlte man Crepitiren. Bei der drei Tage später vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung fand man den linken Aryknorpel und das Taschenband stark geschwollen und purpurroth; beide Stimmbänder waren in äusserster Abduction fixirt. Zwischen ihnen und den Taschenbändern war eine breite rothe Zone zu sehen. Nach ungefähr 6 Tagen bewegten sich die Stimmlippen wieder und die Schwellung war verschwunden.

Mackenzie, Kelson, Charles Heath sprechen zu diesem Fall.

2. Paralyse des linken Stimmbandes nach Operation von Adenoiden bei einem 20 Jahre alten Manne.

14 Tage post operationem trat Heiserkeit auf; man fand das linke Stimmband in Cadaverstellung. Allmälig ist ein gewisser Grad von Beweglichkeit wiedergekehrt.

Wingrawe neigt zu der Ansicht, dass ein Fall von Fixation im Arytänoidgelenk vorliege.

Abercrombie: 1. Leukoplakia linguae.

2. Lymphosarkom der Stirnhöhlen mit mikroskopischem Befund (Wyatt Wingrawe).

In der Mittellinie der Stirn über dem Ansatz der Nase war eine rundliche Anschwellung vorhanden, die sich elastisch anfühlte und bei Licht durchscheinend

war; die Haut darüber war nicht adhärent. Im Lauf eines Monats war die Anschwellung noch einmal so gross geworden. Bei der Operation fand man einen soliden grauen Tumor, der dem Knochen aufsass. Darunter war eine mit der Stirnhöhle communicirende Oeffnung; beide Stirnhöhlen waren mit gleichen Geschwulstmassen angefüllt; die Schleimhaut war polypoid degenerirt. Die Höhlen wurden ausgekratzt; es trat gute Heilung ein.

Wyatt Wingrawe beschreibt den histologischen Befund, der ergab, dass es sich um ein Lymphosarkom handelte. E. B. Waggett.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 19. October 1905.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

M. Steiner: Spondylitis cervicalis luetica mit Geschwulstbildung an der hinteren Rachenwand.

Grosser Theil der hinteren Pharynxwand vorgewölbt, knochenhart, mit intacter Schleimhaut. Rechtes Stimmband infiltrirt. Gumma exulceratum tibiae; sternförmige Hautnarben. Kranke wird antiluetisch behandelt. Rasche Heilung.

M. Steiner: Lymphangiom des Pharynx.

Der Kranke wurde schon am 27. April demonstrirt; seine Geschwulst wurde seitdem wiederholt resecirt. Der auffallende Umstand, dass trotz langer Dauer der Erkrankung das Allgemeinbefinden des Kranken sich nicht im Geringsten verschlechtert, sich keine Kachexie ausbildet, wies auf einen benignen Charakter der Geschwulst hin. Die wiederholte histologische Untersuchung ergab Lymphangiom.

A. Lipscher: Erfolgreich intubirter Fall von Larynxsklerom.

Beim Kranken bestand ein Rhinolaryngosklerom. Wegen Larynxstenose musste die Tracheotomie ausgeführt werden. Consequente Intubation (bis zu Tuben No. 19) führte zu einem so guten Erfolge, das die Canüle entfernt werden konnte und der Kranke ohne dieselbe das Spital verliess.

A. Lipscher: Fall von Rhinolaryngosklerom.

Der Kranke kam zuerst am 21. Januar 1905 ins Spital. Zu dieser Zeit bildete die Nase eine unförmige, enorme, harte Geschwulst; beide Naseneingänge uneben und ulcerirt, Fötor. Die histologische Untersuchung ergab Sklerom. Röntgenbehandlung von vorzüglichem Erfolge. Am 13. September 1905 meldete sich Patient wieder, jedoch mit Athembeschwerden, welche eine sofortige Tracheotomie nothwendig machten. Als Ursache der Stenose erwies sich, dass der Kehlkopf und die Trachea mit übelriechenden, harten, fest anhaftenden Borken vollständig ausgefüllt waren. Auf Kochsalzinhalationen wesentliche Erleichterung.

E. Tóvölgyi: Beiderseitiges Stirnhöhlenempyem auf luetischer Grundlage.

53 jährige Frau mit luetischen Septumdefecten und consecutiver Sattelnase.



In beiden mittleren Nasengängen grosse Mengen übelriechenden Eiters; auf systematische Spülungen beider Stirnhöhlen und Excochleationen Abnahme der Erscheinungen. Patientin giebt an, dass bei starkem Schnauben ihre Stirn oberhalb der Nasenwurzel anschwillt; bei Druck auf die Schwellung entleert sich aus der Nase Eiter. T. nimmt einen Defect in der vorderen Wand der Stirnhöhle an.

Sitzung vom 28. November 1905.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

Z. Donogány: Ueber die Behandlung der acuten eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen (Vortrag).

Die acuten Fälle sind stets zu behandeln, da die Heilungsaussichten immer schlechter sind, wenn der Fall chronisch wird. Das Hauptprincip ist, das Secret rasch abzuführen und die Absonderung flüssiger zu machen. Ersteres ist durch Application 10proc. Cocaintampons mit Tonogen zu erreichen, täglich ein- bis zweimal angewendet, letzteres durch stündliche Inhalationen von 10proc. alkoholischen Menthollösungen. In 30 Fällen wurde das Verfahren mit Erfolg angewendet, von welchen Fällen zwei mit Augencomplicationen. Wo dringende Indication einen chirurgischen Eingriff fordert, hat die Tamponbehandlung keine Berechtigung.

Discussion:

E. Baumgarten fordert bei acuten Entzündungen der Highmorshöhle die Ausspülung derselben, bei Augencomplicationen die Resection der mittleren Muschel.

E. Pollatschek giebt zu, dass die Schmerzen bei der Tamponade nachlassen, fordert aber bei wirklicher Eiterung die Resection des vorderen Theiles der mittleren Muschel und Ausspülung der erkrankten Höhle.

v. Navratil.

III. Briefkasten.

78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart 16. bis 22. September 1906.

Stuttgart, den 15. März 1906.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, Sie zu der in der Zeit vom 16. bis 22. September d. J. in Stuttgart stattfindenden 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt

werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — wenn möglich bis zum 15. Mai bei dem mitunterzeichneten

Hofrath Dr. Erhard Müller, Stuttgart, Reinsburgstrasse 6,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt: im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in combinirten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandter Abtheilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, in welcher im Gegensatz zu den zahlreichen alljährlich stattfindenden Specialcongressen sämmtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medicin vertreten sind, entspricht, dass gerade solche mehrere Abtheilungen interessirende Fragen zur Verhandlung gelangen.

Die Einführenden:
Dr. Ehr. Müller.
Dr. Bok.

Die Schriftführer:
Dr. Weiss.
Dr. Rau.

British Medical Association.

Seventy-fourth Annual Meeting. Toronto.

August 21st, 22nd, 23rd, and 24th, 1906.

Section of Laryngology and Otology.

President: Dundas Grant, M. A., M. D., F. R. C. S.

Vice-Presidents: George R. McDonagh, M. D., Toronto.
H. S. Birkett, M. D., Montreal.
John Macintyre, M. B., Glasgow.
Hugh Edward Jones, M. R. C. S., Liverpool.

Hon. Secretaries: David J. Gibb Wishart, M. D., Toronto.
Geoffrey Boyd, M. D., Toronto.
Adam Brown Kelly, M. D., Glasgow.

April, 1906.

Dear Sir,

The Meeting of the British Medical Association will be held this year in Toronto on 21st, 22nd, 23rd and 24th August.

The Section of Laryngology and Otology will meet on these dates under the Presidency of Dr. Dundas Grant.

The Office-bearers of the Section have at present under consideration the choice of special subjects for discussion, which will be introduced by authorities from both sides of the Atlantic.

The President-elect has written assuring us of the presence of numbers of representative members of the profession from Canada and the United States, and, in view of the activity displayed in the specialities of Laryngology and Otology in both these countries, the meetings of this Section promise to be exceptionally interesting and instructive.

It is hoped that you will find it convenient to attend the meetings and co-operate in the work of the Section either by taking part in the discussions, reading a paper, or showing specimens, drawings, or instruments. In the event of your accepting this invitation the favour of an early reply to the under-signed is requested.

Yours faithfully,
A. Brown Kelly,
26, Blythswood Square, Glasgow.

Personalnachrichten.

A. L. Cadier †.

Im Februar dieses Jahres verstarb im Alter von 62 Jahren in Nizza Dr. Cadier (Paris), Schatzmeister der französischen laryngologischen Gesellschaft, und einer der geschätztesten älteren französischen Laryngologen. Er war Verfasser eines Handbuchs der Kehlkopfkrankheiten und zahlreicher kleinerer Arbeiten.

W. R. H. Stewart †.

In Mr. W. R. H. Stewart (London), der im März den Folgen einer Operation erlag, verliert die britische Laryngologie einen allgemein geachteten und beliebten Senior. Er war noch im vorigen Jahre Schatzmeister der Londoner laryngologischen Gesellschaft, konnte aber damals schon krankheitshalber nicht an dem Garcia-Jubiläum theilnehmen. Literarisch war er mehr auf otologischem als laryngologischem Gebiete thätig gewesen.

Der Privatdocent in der medicinischen Facultät der Universität Königsberg, Prof. Dr. Gerber, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt und dem Privatdocenten in derselben Facultät, Dr. Kafemann, ist das Prädicat als Professor beigelegt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Juni. 1906. No. 6.

I. Ueber die Urheberschaft der Laryngoskopie

von C. Zarniko (Hamburg).

In der Berliner klinischen Wochenschrift 1906, No. 1ff. sind folgende Artikel erschienen:

1. Tiberius v. Györy (Budapest): Die historische Wahrheit in dem Prioritätsstreit Czermak-Türck. (Vortrag, gehalten in der 77. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte.) No. 1 d. Wochenschr.
2. P. Heymann (Berlin): Bemerkungen zur Prioritätsfrage Türck-Czermak. Ibid.
3. Josef Kohler (Berlin): Juristische Beleuchtung des Falles Türck-Czermak. Ibid.
4. O. Mankiewicz (Berlin): Zur Erfindung der Laryngoskopie. No. 8 d. Wochenschr.
5. Tiberius v. Györy (Budapest): Zur Prioritätsfrage Czermak-Türck. (Erwiderung auf Herrn Heymann's Bemerkungen.) Ibid.
6. P. Heymann (Berlin): Entgegnung auf die Erwiderung des Herrn Dr. Tiberius v. Györy-Budapest. Ibid.
7. Felix Semon (London): Die Urheberschaft der Laryngoskopie und der Fall Türck-Czermak. No. 10 d. Wochenschr.
8. Josef Kohler (Berlin): Bemerkung zu den Semon'schen Ausführungen in No. 10 dieser Wochenschrift. No. 12 d. Wochenschr.
9. B. Fränkel (Berlin): Wem gebührt die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie? No. 13 d. Wochenschr.
10. Felix Semon (London): Erwiderung auf die Bemerkung Prof. Kohler's in No. 12 dieser Wochenschrift. No. 14 d. Wochenschr.
11. Josef Kohler (Berlin): Bemerkung zur Ausführung Fränkel's in der Berliner klin. Wochenschrift 1906. S. 404. No. 15 d. Wschr.
12. L. v. Schrötter (Wien): Der neu entfachte Prioritätsstreit Garcia-Türck-Czermak. No. 16 d. Wochenschr.

In den aufgezählten Artikeln handelt es sich, wie man ohne Weiteres aus ihren Ueberschriften entnehmen kann, um einen sehr lebhaften Meinungsaustausch

über die Frage nach der Urheberschaft der Laryngoskopie. Besonders bemerkenswerth ist, dass sich an ihm nicht allein mehrere unserer namhaftester Fachgenossen betheiligt haben, sondern auch der „bekannte Budapester Historiker“ v. Györy und — auf Veranlassung von P. Heymann — der „berühmte Berliner Rechtslehrer“, der „Begründer und anerkannt bedeutendste Kenner des modernen Urheberrechts“, Geheimrath Prof. Dr. Josef Kohler.

Ich will versuchen darzuthun, welcher Gewinn sich für die Geschichte unserer Disciplin aus der Debatte ergeben hat.

Dazu mag zunächst die Frage aufgeworfen werden: Finden wir in den aufgeführten Artikeln neue historische Thatsachen von Bedeutung vor?

Zur Beantwortung dieser Frage und zum Verständniss der nachfolgenden Erörterungen ist es zweckmässig, die hauptsächlichsten historischen Daten aus der Geschichte der Laryngoskopie unter Beifügung des neu Hinzugekommenen kurz zu recapituliren.

Ich übergehe dabei die vorlaryngoskopische Periode, zu der Mankiewicz (4)*) über Baumès und B. Fränkel (9) über Warden interessante Mittheilungen machen, und beginne bei dem Auftreten Garcia's.

1854. Garcia gelingt es als dem ersten, ein Kehlkopfbild (und zwar sein eigenes) genau zu sehen. Er studirt es sorgfältig und publicirt als Frucht dieser Studien

1855 im März seine berühmte Abhandlung: „Physiological Observations on the Human Voice“.

Bald darauf fängt Türck in Wien an, sich mit dem Problem der Laryngoskopie zu beschäftigen, nach der allgemeinen Annahme ohne die Publication Garcia's zu kennen. Diese Annahme versucht Semon (9) zu widerlegen, doch wird sie von Schrötter (12) aufrecht erhalten.

1857, März. Türck dictirt Löri, seinem Assistenten, „Befunde von acuten und chronischen Katarrhen und Geschwüren des Kehlkopfes“. Er wiederholt diese Untersuchungen öfter und lässt sie auch im

Winter 1857/8 nicht ruhen. — Diese einer brieflichen Mittheilung Löri's an Heymann (2) entnommenen Angaben stehen im Widerspruch mit der auch von T. v. Györy (1) acceptirten Behauptung Czermak's, wonach Türck seine Versuche im Winter 1857/8 aus Mangel an Sonnenlicht aufgegeben habe.

Um diese Zeit beginnt Czermak, angeregt durch die Mittheilung Garcia's, zu physiologischen Zwecken der Laryngoskopie näher zu treten.

1858, Februar. Czermak erfährt am Biertisch von den Physiologen Ludwig und Brücke, denen Türck seinen Kehlkopfspiegel demonstrirt hatte, dass dieser im Besitz von Kehlkopfspiegeln sei.

März. Czermak begiebt sich zu Türck und bittet ihn, ihm seine Kehlkopfspiegel zu leihen. Türck thut dies bereitwillig und macht, worauf Heymann (2) hinweist, Czermak verschiedene Angaben über seine Erfolge und Technik.

*) Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf die Nummern des Literaturverzeichnisses.

16. März. Türck ertheilt Czermak auf dessen Bitte die Erlaubniss, seine Kehlkopfspiegel bei Kranken verwenden zu dürfen, fordert aber bald darauf die Spiegel zurück.

Czermak hat inzwischen mit scharfem Blick die Bedeutung der Methode für Physiologie und Pathologie erkannt. Er verbessert sie, indem er sich durch Anwendung reflectirten Lichtes einer künstlichen Lichtquelle vom Sonnenlicht unabhängig macht.

27. März. Czermak veröffentlicht ohne Vorwissen Türck's seine erste laryngologische Abhandlung („Ueber den Kehlkopfspiegel". Wiener med. Wochenschrift 1858. 13).

9. April. Czermak demonstrirt das Verfahren in der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

14. April. Czermak giebt eine schriftliche Erklärung ab, worin er die Priorität der Erfindung Türck unumwunden zuerkennt.

Trotzdem beginnt sehr bald ein erbitterter Prioritätsstreit zwischen beiden.

1859/60. Czermak demonstrirt auf ausgedehnten Propagandareisen die neue Untersuchungsmethode zahlreichen Aerzten in Deutschland, Frankreich und England und erwirbt sich dadurch grosse Verdienste um die Anerkennung und Befestigung der Laryngoskopie.

Man sieht, die Ausbeute an neuem Material ist sehr unbeträchtlich. Selbst die Aeusserungen Löri's bestätigen lediglich Behauptungen, die bereits lange ausgesprochen waren. Trotzdem sind sie für die Frage nicht gleichgültig, ebensowenig wie die von Heymann hervorgehobene Thatsache, dass Türck Czermak von vornherein Angaben über seine Erfolge und Methode gemacht hat. Sehr bedauerlich bleibt es, dass die den Gegenstand betreffenden Krankengeschichten Türck's trotz eifrigsten Suchens bis jetzt nicht aufgefunden werden konnten (2, 12).

Ich will nunmehr zu schildern versuchen, welche Ansichten die einzelnen Autoren sich über die Prioritätsfrage gebildet haben.

Bis vor Kurzem war man einstimmig der Meinung, dass Manuel Garcia der Erfinder der Laryngoskopie sei. Als solcher wurde er im vorigen Jahre aus Anlass seines 100. Geburtstages von „Herrschern, Regierungen, Akademien, Universitäten, Musikern und Aerzten aller Länder gefeiert" (7).

Kohler (3) hat es unternommen, diese Herrscher, Regierungen etc. ad absurdum zu führen. „Erfinder ist", so definirt er, „wer eine technische Idee in durchführbarer Weise erfasst und sie so in die Aussenwelt gerückt hat, dass sie ein von ihm unabhängiges Dasein gewinnt; vorausgesetzt, dass er nicht in der Art socialwidrig verfährt, dass er seine Schöpfung der menschlichen Cultur verschliesst". Die Kehlkopfbespiegelung durch Garcia, sagt er weiter, sei nicht als vollendete Erfindung im Sinne der Medicin anzusehen. „Garcia war nicht Arzt und hatte weder pathologische Kenntnisse, noch Interesse, um bei seinen Spiegelversuchen medicinische Zwecke zu verfolgen".

Gegen diese verblüffenden Schlussfolgerungen erhebt Semon (7, 10) temperamentvollen Einspruch. Nur in Folge mangelhafter Informationen durch seinen

medicinischen Gewährsmann könne K. zu ihnen gelangt sein. Denn es sei im Gegentheil aus den Aeusserungen Garcia's und seiner Zeitgenossen leicht zu beweisen, dass die Leistungen Garcia's in jeder Hinsicht den Anforderungen K.'s genügen. Dass G. nicht Arzt gewesen sei und keine medicinischen Interessen verfolgt habe, käme nicht in Betracht; ebensowenig, wie beispielsweise der Umstand, dass Röntgen nicht Arzt ist, ihm den Ruhmestitel des Begründers der medicinischen Röntgologie rauben könne.

[Recht eigenthümlich berührt es, dass Kohler in seiner Entgegnung auf diesen Artikel (8) Semon durch den Einwurf zu entwaffnen sucht, er hätte zwei incommensurable Begriffe — Erfindung und Entdeckung — auf dieselbe Stufe gestellt; womit er etwas für den Kernpunkt des Streites absolutBelangloses zu etwas Wichtigem abzustempeln vergeblich sich bemüht (10)].

Man wird kaum fehlgehen, wenn man annimmt, dass die Anführungen Kohler's, soweit sie Garcia betreffen, bei den mit der historischen Entwickelung der Angelegenheit vertrauten Medicinern keinen Anklang finden werden, dass diese vielmehr nach wie vor Manuel Garcia als Erfinder der Laryngoskopie anerkennen werden. Sagt doch selbst Heymann, der medicinische Berather Kohler's: „Es ist hier nur von der klinischen Laryngoskopie die Rede; der Erfinder des Kehlkopfspiegels zu physiologischen Zwecken war Manuel Garcia“ (2, Fussnote auf S. 29).

Wir wollen diese Unterscheidung acceptiren und uns zum Ausgangspunkte der vorliegenden Discussion wenden, zu dem Prioritätsstreit zwischen Türck und Czermak.

Nach wie vor finden wir die Beurtheiler dieses Streites im Zwiespalt. Es treten für Türck ein: Heymann, Kohler und v. Schrötter; für Czermak v. Györy, Semon und B. Fränkel.

v. Györy (1) ist völlig im Banne Czermak's. Nicht allein, dass er in der Hauptsache die historischen Auslassungen Czermak's aus dessen Monographie: Der Kehlkopfspiegel (2. Aufl. 1863) reproducirt, er schliesst sich auch seinen Argumenten und Schlussfolgerungen rückhaltlos an (mit stellenweiser wörtlicher Herübernahme Czermak'scher Redewendungen). — Semon (7) stellt die Punkte, die seiner Ansicht nach für Czermak und gegen Türck sprechen, in knappster Fassung einander gegenüber. — B. Fränkel (9) legt besonderen Werth auf die Einführung der künstlichen Beleuchtung durch Czermak. Er misst ihr eine fundamentale Bedeutung zu, die in der discutirten Frage ausschlaggebend sei, gegen Kohler (2, 11), der dieser Erfindung Czermak's bei aller Anerkennung ihres grossen Werthes lediglich die Bedeutung einer Verbesserungserfindung zuerkennt.

Um seine Behauptung, dass nicht Czermak, sondern dass Türck der Urheber der klinischen Laryngoskopie sei, zu begründen, beruft sich Heymann (2) erstens auf das vorhin referirte Zeugniss Löri's, zweitens auf den Umstand, dass Türck Czermak bereits Angaben über die Technik der Laryngoskopie machte, als er ihm seine Spiegel übergab, drittens auf die Anerkennung der Priorität Türck's durch Czermak. Für diese merkwürdige Prioritätserklärung [deren Bedeutung Cz. nachträglich, wie bekannt, durch rabulistische Textauslegung und, worauf

B. Fränkel (9) hinweist, Textveränderung hat abschwächen oder aus der Welt schaffen wollen] findet Heymann einen plausiblen Grund in dem Schuldbewusstsein Czermak's, welches hervorging aus der „Incollegialität" — ein etwas stärkerer Ausdruck wäre wohl besser am Platze! — mit der er, ohne Vorwissen Türck's, skrupellos an die Publication der mit den Türck'schen Spiegeln gemachten Beobachtungen heranging.

Wer heute den Streit Türck-Czermak an der Hand der Quellenschriften verfolgt, dem erscheint Manches an dem Verhalten Türck's räthselhaft. Hierzu geben die bedeutsamen Ausführungen v. Schrötter's (12) über die Persönlichkeit Türck's manche werthvolle Aufklärung. v. Schrötter ist einer der wenigen heute lebenden Fachgenossen, die Türck persönlich näher gekannt haben. Er schildert ihn als „eine ungemein zurückhaltende, ernste, im Stillen schaffende, nur ihren Studien und der Musik lebende Gelehrtennatur". Es ist psychologisch erklärlich, dass ein solcher Mann eher geneigt gewesen sein wird, eine Sache zu lange für sich durchzuarbeiten, als sie zu früh und unfertig zu publiciren: dass er sich lieber durch ausweichende Redensarten lästige Frager vom Halse hielt, ehe er sie in seine Gedankenwerkstatt blicken liess; dass er in heftigen und manchmal kleinlichen Zorn gerieth über das seiner Natur durchaus zuwiderlaufende Gebahren einer „incollegialen" Concurrenz.

In 2 Jahren soll in Wien ein Jubiläumsfest der Laryngoskopie gefeiert werden. Unzweifelhaft wird bei dieser Gelegenheit die Prioritätsfrage wiederum in zahlreichen Ansprachen und Aufsätzen erörtert werden. Nach dem Verlaufe der soeben referirten Discussion ist kaum zu erwarten, dass dabei Dinge von dauerndem Werthe zu Tage kommen werden, es sei denn, dass inzwischen neue historische Thatsachen von Bedeutung entdeckt worden wären.

[Der vorstehende Artikel ist auf besonderen Wunsch des Herausgebers von Herrn Dr. Zarniko geschrieben worden, um den Lesern des Centralblattes ein Bild der Controverse aus unparteiischer Feder vorzuführen. Da die Ausführungen des Verfassers sich nicht in allen Punkten mit denen des Herausgebers decken, so wünscht letzterer zur Vermeidung von Missverständnissen zu bemerken, dass er an seiner eigenen Auffassung durchaus festhält. Anm. des Herausg.]

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Beco** und **Buys. Die Frage der Verbreitung der Otolaryngologie. (La question de l'extension de l'otolaryngologie.)** *Journal Médical de Bruxelles. No. 51. 1905.*

Bericht vom 10. December 1905 an die Belgische oto-laryngologische Gesellschaft. Auseinandersetzung über eine speciell Belgien interessirende Frage.

PARMENTIER.

2) **Goris. Statistik der im Jahre 1904 im chirurgischen Institut von Brüssel ausgeführten Operationen. (Statistique des opérations pratiquées en 1904 à l'Institut chirurgical de Bruxelles.)** *Annales de l'Institut Chir. No. 3. 1905.*

Es wurden 624 Operationen in Chloroformnarkose vorgenommen; nicht darin einbegriffen sind die Operationen ohne Allgemeinnarkose: zwei Nasenpolypen, Muschelhypertrophie, Kehlkopfpolypen etc. Unter den Operationen befinden sich 4 Lippen- und Speicheldrüsenoperationen, 2 Uranoplastiken, 4 Zungenexstirpationen, 497 Operationen von Mandeln und adenoiden Wucherungen, 7 Kieferresectionen, 8 Thyreoidectomien, 9 verschiedene Operationen am Halse (Bronchocele, Lymphome etc.); 52 Operationen in der Nase, darunter 3 Nasopharyngealfibrome, 10 verschiedene Sinusitiden, ein Subduralabscess (Chiasma des N. optic.); 6 Kehlkopfoperationen (Thyrotomie und Laryngectomie); 22 Warzenfortsatzausräumungen wegen acuter und veralteter Affectionen, verschiedene Neurotomien des Trigeminus.

PARMENTIER (BAYER).

3) **P. Bull** (Christiania). **Ulcus rodens faciei.** *Christiania medic. Selskab. 9. November 1904.*

Stellt einen Fall vor, der mittels Röntgenstrahlen geheilt war.

E. SCHMIEGELOW.

4) **S. A. Heyerdahl** (Christiania). **Ulcus rodens faciei.** *Christiania med. Selskab. 23. November 1904.*

Hat 10 Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt. Alle sind mit schönem Resultate geheilt.

E. SCHMIEGELOW.

5) **Wirschubski. Zur Casuistik der Hemiatrophia facialis progressiva. (K kasuistike etc.)** *Prakt. Wratsch. No. 16, 17. 1905.*

W. theilt einen Fall mit, erörtert die verschiedenen Theorien dieser Krankheit und giebt an, dass Paraffineinspritzungen einen guten kosmetischen Erfolg gehabt hätten.

P. HELLAT.

6) **L. Minor. Halbseitige Hypertrophie des Gesichts. (Polowinnaja giperti lika.)** *R. Wratsch. p. 1504. 1902.*

M. stellt im Moskau'schen psychiatrischen Verein eine 30jährige Patientin vor, bei der nach Eröffnung eines tiefen Geschwürs am rechten Unterkieferwinkel diese Gesichtshälfte anfing sich zu vergrössern.

P. HELLAT.

7) **Jacques Fournié. Untersuchung des Kehlkopfs und Nasenrachens bei hyperästhetischen Personen. (Procédé d'examen du larynx et du rhinopharynx chez les hyperesthésiques.)** *Presse médical. 18. November 1905.*

Um den bucco-pharyngealen Reflex auszuschalten, muss man nicht den Pharynx und das Gaumensegel, sondern die Regio glosso-epiglottica anästhesiren. Dies ist nach F. der einzige Ausgangspunkt für den Würgreflex.

PAUL RAUGÉ.

8) **Georg Avellis** (Frankfurt a/M.). **Heutige Grenzen und künftige Ziele der Asthmatherapie.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 42. 1905.*

Avellis regt an, Sanatorien für Asthmatiker zu gründen, in denen die

Kranken während des Anfalles vom Arzte untersucht und studiert werden und in denen sie eine individualisirende „antiasthmatische Erziehung" erhalten können. Autor fasst sein „Programm" in die Leitsätze zusammen: „Es ist zu wünschen, dass sich mehr Aerzte wie bisher — in Betracht kommen vor allem die Specialisten der oberen Luftwege — zu Asthma-Therapeuten ausbilden, indem sie auf Grund erweiterter neurologischer und neuropathischer Kenntnisse mit Hülfe eines Sanatoriums, das die Mittel einer kleinen Nervenheilanstalt (Hydrotherapie, Masseur zur Widerstandsgymnastik und Athemtechnik, Luftbad) mit einer rhinologischen Klinik und Inhalatorium vereinigt, kleine Specialanstalten für nichtbacilläre Lungenkranke errichten. Gebirgige und schöne Gegend ist zu solchem Asthmatikerheim nicht immer nöthig. Zu wünschen bleibt nur eine grössere Auswahl in verschiedener Höhenlage, damit je nach dem Individualoptimum desjenigen Klimas, was dem einzelnen Asthmatiker am ehesten zusagt, ein leichter Austausch der Patienten stattfinden könnte." Bezüglich weiterer Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden. HECHT.

9) **Sendziak. Aetiologie und Therapie der Mykose der oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka drók oddechowych.)** *Kronika Lekarska. No. 13. 1905.*

Verf. bespricht eingehend folgende Arten der Mycose des oberen Abschnittes des Respirationstractus:

I. Mycosis leptotricia, welche er als ein parasitäres Leiden betrachtet, verursacht durch Eindringen des oben genannten Pilzes in die Tonsillarkrypten und nicht als Hyperkeratosis des lacunären Epithels, wie Siebenmann behauptet. Verf. beobachtete 42 Fälle des bezüglichen Leidens. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt er Galvanokaustik mit nachfolgenden Aetzungen mittelst Ac. trichloraceticum.

II. Mycosis sarcinica.

III. Actinomycosis.

IV. Mycosen, abhängig von verschiedenen Arten von Pilzen, wie Aspergillus, Penizillium, Mucor, Oidium, Saccharomyces u. s. w.

Verf. bespricht eingehend die Pharyngomycose abhängig von sog. Mucor niger, welcher die sog. „schwarze Zunge" verursacht. Von der letztgenannten hat Verf. 2 Fälle genau beobachtet und bakteriologisch untersucht. Er betrachtet das Leiden im Einklang mit den Ansichten von Ciaglinski, Hewelke und Schmiegelow als thatsächliches parasitäres Leiden Weiter werden ebenfalls näher Pharyngomycosen besprochen, welche abhängig von Oidium albicans, Saccharomyces und Mycoderma vini sind und welche zwar dem jugendlichen Alter speciell eigen sind, aber auch ab und zu bei Erwachsenen beobachtet werden.

Für diese Arbeit wurde dem Verf. von der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft in Boston eine goldene Medaille zuerkannt. v. SOKOLOWSKI.

10) **C. F. Bell. Die Entwickelung der Thymus. (The development of the thymus.)** *American Journal of Anatomy. Vol. V. p. 1. December 1905.*

Der Aufsatz stellt einen Beitrag zu unserer Kenntniss von der Histogenese der Thymusdrüse bei den Säugethieren dar. Besonders berücksichtigt ist die Ent-

stehung und Entwickelung der Hassal'schen Körperchen. Es ist auch versucht, im Detail die Veränderungen zu schildern, die während der Umbildung der Thymus vom epithelialen zum lymphoiden Zustand vor sich gehen. Zahlreiche Abbildungen sind beigegeben.

EMIL MAYER.

11) **Nauwelaers. Das Drüsenfieber. (La fièvre ganglionnaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1905.*

Aetiologie und primäre Läsion gelten als unbekannt. In vielen Fällen sei der Nasopharynx der Entstehungsort des Drüsenfiebers. Für N. wäre dasselbe eine acute Adenoiditis, zu schliessen aus: 1. in 3 deutlich ausgesprochenen Fällen entstand eine adenoide Hypertrophie bei bis dahin freigebliebenen Kindern; 2. die Lymphdrüsen der seitlichen Halsgegend werden zuerst infiltrirt; ihr Lymphbahnterritorium ist der Nasopharynx, aber die acute Entzündung erklärt besser den brüsken und unbestimmten Beginn des Drüsenfiebers; 3. die Symptome der acuten Adenoiditis sind analog mit denen des Drüsenfiebers; 4. die Rachenmandel atrophirt mit dem Alter, folglich werden die Kinder allein vom Drüsenfieber und von der acuten Adenoiditis befallen. Die Natur der pathogenen Mikroben variirt. N. hat Staphylokokken gefunden. Es sind zwei Formen zu constatiren: eine primäre und eine secundäre (letztere ist wenig charakteristisch); abgesehen vom grippalen Ursprung ist derselbe nicht contagiös. Kurz gefasst: das Drüsenfieber kann nicht als eine besondere Krankheit aufgefasst werden, es ist nur eine banale Localinfection der Rachenmandel, complicirt mit Lymphdrüseninfection.

PARMENTIER (BAYER).

12) **Delcourt. Das Drüsenfieber und die Drüsengrippe. (La fièvre ganglionnaire et la grippe à forme ganglionnaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 11. 1905.*

In der Sitzung vom 11. März 1905 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler macht D. eine Mittheilung, in welcher er die Identität des Drüsenfiebers mit gewissen Formen der Grippe feststellen will. Aus der Discussion geht hervor, dass die Eingangspforte der Lymphdrüseninfection sich im Pharynx, in den Gaumenmandeln oder in der Rachenmandel befinden muss.

PARMENTIER (BAYER).

13) **M. Parmentier. Die Brettphlegmone. (Le phlegmon ligneux.)** *Le Progrès Médical. No. 17. 1905.*

Der Autor erinnert an die Beschreibung von Reclus: Induration „en plaque", unempfindlich gegen Druck, von der Farbe der Weinhefe, darauf sich kleine Abscesse ansammeln. Die Evolution geht langsam und ohne Fieber vor sich. Manchmal kann spontane Resorption stattfinden. Sitz meist am Halse. Der Autor sieht in der Brettphlegmone eine chronische Phlegmone, und wenn sie ihren Sitz am Halse hat, eine chronische Form von Angina Ludovici. Er theilt eine persönliche Beobachtung mit.

AUTOREFERAT.

14) **Riche** (Montpellier). **Schleimcyste des Halses. (Kyste mucoide du cou.)** *Société anatomique. 13. October 1905.*

Verf. beschreibt eine Thyreohyoid-Cyste, die nahe der Mittellinie gelegen ist.

PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **K. M. Menzel** (Wien). **Nebenhöhlenanomalien.** *Mit 5 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Bericht über zwei Präparate mit Stirnhöhlenanomalien und ein drittes mit einer Anomalie der Kieferhöhle. Bei letzterer zeigte das sehr geräumige Antrum neben seinem Ostium maxillare noch 3 Ostia accessoria, von denen eines in den oberen Nasengang mündete. Die instructiven Präparate sind in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

16) **Gerber** (Königsberg). **Ueber Wandveränderungen bei Eiterungen in starrwandigen Knochenhöhlen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 14. 1905.*

Verf. bespricht unter Demonstration von Patienten und Photographien im Verein für wissenschaftliche Heilkunde die Veränderungen, die bei Eiterungen der Warzenfortsatzräume und der Nasennebenhöhlen (besonders der Stirnhöhle) zu bedenklichen Complicationen führen können. Er findet im Gegensatz zu Killian (in Heymann's Handbuch), dass die cerebrale Wand der Stirnhöhle häufiger afficirt wird, als die faciale.

ZARNIKO.

17) **T. A. Stuckey. Die mittlere Muschel bei Erkrankungen der Nebenhöhlen. (The middle turbinate in diseases of the accessory sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Anomalien der mittleren Muschel werden häufig übersehen; sie geben bisweilen den Grund ab für eine Verlegung der Nebenhöhlenöffnungen, verhindern die freie Drainage der Höhlen und führen zu Katarrh oder eitriger Erkrankung dieser. Frühzeitige Beseitigung solcher Verhältnisse schützt vor der Nothwendigkeit, später ausgedehntere und radicalere Maassnahmen zu ergreifen. Verf. verwirft die Anwendung der Galvanokaustik an der mittleren Muschel; er zieht den Gebrauch von Scheere und Schlinge vor.

LEFFERTS.

18) **Onodi. Complicationen der Empyeme der Nebenhöhlen der Nase und die Indicationen ihrer Therapie.** *Orr-gége-fülgyógyaszat. No. 3—4. (Beilage zu „Orvosi Hetilap".)*

Summiert die verschiedenen Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase, welche bisher in der Literatur erwähnt sind.

V. NAVRATIL.

19) **Wme. Campbell Posey. Einige Augencomplicationen bei Krankheiten der Nebenhöhlen. (Some ophthalmological phases of disease of the accessory sinuses.)** *Journal of eye, ear and throat diseases. März-April 1905.*

Folgende Complicationen werden erwähnt: Beginnende Neuritis optica, retrobulbäre Neuritis, Oedem der Augenlider, Parese der extraoculären Muskeln, Pseudo-Hemicrania ophthalmoplegicia und Pseudolacrymalabscesse.

EMIL MAYER.

20) **H. Holbrook Curtis. Moderne Methoden der Nebenhöhlenbehandlung. (Modern methods of accessory sinus treatment.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Verf. bespricht die Jansen'sche Operation des Siebbeinempyems durch die

Highmorshöhle hindurch und sagt: „Mir scheint es fraglich, ob die Trockenheit der Nase, die als fast constantes Resultat dieser radicalen Operation zurückbleibt, nicht eine ebenso unangenehme Consequenz darstellt, wie das Siebbeinempyem selbst, gegen das sich die Operation richtet. Wenn ich vor die Wahl gestellt würde, so würde ich es vorziehen, die Operation des Antrums und des Siebbeins getrennt vornehmen zu lassen und würde den Chirurgen bitten, mir freundlichst einige Siebbeinzellen und eine oder beide Muscheln als Andenken an die nasale Function zu lassen.“

Was die Chirurgie des Antrums betrifft, so sind, wenn man die abweichenden, von den verschiedenen Operateuren erzielten Resultate betrachtet, die Ergebnisse ebenso unbefriedigend, wie bei der Stirnhöhle. Die Frage, welche Operationsmethode den Vorzug verdient, scheint noch offen zu stehen. Verf. hat vor einigen Jahren die Caldwell-Luc'sche Methode als die beste empfehlen. Seitdem hat er mehrere Male die Operation von der Nase aus mit Entfernung der nasalen Wand bis auf ihre vorderste Portion ausgeführt. Während er in zwei Fällen dieser Operation die Abtragung der unteren Muschel vorausgehen liess, drehte er diese in einem anderen Falle mittelst einer Adams'schen Zange nach oben, um sie dann wieder zu replaciren. Wenn keine Complication seitens des Knochens vorliegt, räth Verf., stets zunächst mit der Operation vom unteren Nasengang aus einen Versuch zu machen. Gelingt es nicht, durch Ausspülungen mit Zink- oder Silbersalzlösungen oder durch Tamponade der Höhle Heilung herbeizuführen, so kann man später immer noch von der Fossa canina aus operiren. Da eine Oeffnung für die Drainage nach der Nase zu bereits vorhanden ist, kann die Incision in der Mundhöhle sofort wieder geschlossen werden. Auf diese Weise hat Verf. die Patienten von Jahre lang im Munde getragenen Obturatoren befreit. Die Ausspülungen von der Nase aus sind sehr einfach und belästigen den Patienten nicht.

EMIL MAYER.

21) **Brown Kelly. Inspection der Higmorshöhle. (Inspection of the antrum of Highmore.)** *Lancet. 17. September 1904.*

Die mittels eines Troicarts von der Fossa canina aus eröffnete Höhle wird mit Gaze austamponirt und am folgenden Tage mittels modificirten Zaufal'schen Speculums inspicirt. 40 Fälle wurden auf diese Weise untersucht. In einem Falle wurde ein grosser Polyp, in einem anderen eine Cyste gefunden. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

22) **Emil Mayer. Erkrankungen der Oberkieferhöhle; ihre Diagnose und Behandlung. (Diseases of the maxillary antrum; their diagnosis and treatment.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. empfiehlt zur Ausspülung der Kieferhöhle einen neuen von Jankauer (New York City) angegebenen Apparat, durch den mittels der in ihm enthaltenen comprimirten Luft ein ununterbrochener Flüssigkeitsstrom in die Höhle gebracht wird. Besondere Röhren sind zur Einführung in die natürlichen Oeffnungen der Höhlen angefertigt. Verf. kommt in Bezug auf Diagnose und Behandlung zu folgenden Schlusssätzen:

Die Diagnose kann gestellt werden, wenn alle klassischen Symptome vorhanden sind. Das Fehlen von Eiter in der Nase schliesst nicht eine Erkrankung des Antrum aus. Schmerzen, die lange Zeit anhalten und direct über dem Antrum localisirt werden, sprechen mit für die Diagnose. Die Durchleuchtung kann die Vermuthung einer Antrumerkrankung bekräftigen. Die Ausspülung durch die natürliche Oeffnung ist schwer auszuführen; sie empfiehlt sich nur bei acuten Erkrankungen. Ausspülungen mittels eines besonders construirten Apparates, bei dem der Druck der Flüssigkeit leicht controlirt werden kann, ist für die Behandlung sehr werthvoll.

EMIL MAYER.

23) **Claus** (Berlin). **Zur radicalen Operation der chronisch erkrankten Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 102. 1904.*

C. beschränkt sich fast immer darauf, die Vorderwand und die Schleimhaut der Höhle, soweit letztere erkrankt ist, fortzunehmen. Die Resection führt er mit einer eigenen Modification der von Hajek angegebenen Knochenzange aus, durch deren gefensterte untere Branche das abgekniffene Knochenstück gleich nach ausserhalb des Wundgebietes gepresst wird. Zur Tamponade der Höhle mit Xeroformgaze bedient er sich einer besonderen Vorrichtung, die es verhütet, dass das Material mit Bart, Lippen oder Zähnen in Berührung kommt. Bei Nachlass der Secretion wird die Höhle mit einem Protargoltampon (1 proc. Protargol; ein Wattekern in Form eines Zuckerhutes, der von der Spitze her mit über ihn gestülpter Gaze fest bewickelt wird) ausgefüllt, der nach 24 Stunden gewechselt wird. Die Patienten lernen bald, diese Tampons selbst zu bereiten und einzuführen. — Bei der beschriebenen Behandlung sah Verf. Schrumpfungen des Antrum bis zu fast völliger Verödung.

F. KLEMPERER.

24) **Otto J. Freer. Die Highmershöhle; die Entfernung des grösseren Theils der inneren Wand von der Nase her wegen Empyems. (The antrum of Highmore; the removal of the greater part of its inner wall through the nostril for empyema.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Unter Cocain-Adrenalin wird die untere Muschel mit der Grünwald'schen Scheere abgetragen. Eine durch den Elektromotor getriebene Trephine wird dann soweit als möglich vorn auf die laterale Nasenwand im unteren Nasengang aufgesetzt; es werden zwei bis drei Löcher durch den Knochen gebohrt und dann mit geeigneten Zangen eine Oeffnung in die Wand gebrochen, die nach hinten bis zum Niveau der senkrechten Platte des Siebbeins, nach unten bis zum Nasenboden reicht. Nach oben geht die Oeffnung bis zum Niveau des Siebbeinknochens. Von Zeit zu Zeit wird der kleine Finger in die Nase eingeführt, um zu constatiren, ob noch mehr Knochen entfernt werden muss. Eventuell in der Höhle vorhandene Polypen und Granulationen werden mit der Rhodes'schen Tonsillenzange von der Nase her entfernt. Die Höhle wird zuletzt mit einem Streifen Gaze austamponirt, der mit gepulvertem Silbernitrat imprägnirt ist.

EMIL MAYER.

25) **Otto J. Freer. Operation und Behandlung des Antrumempyems. (The operation and treatment of empyema of the antrum of Highmore.)** *Illinois Medical Journal. Juni 1905.*

Die intranasalen Methoden, in leichteren Fällen die Eröffnung vom mittleren

Nasengang, in den anderen die Entfernung der nasalen Antrumwand, sind der Caldwell-Luc'schen Operation und deren radicalen Modificationen vorzuziehen, die nur für eine kleine Anzahl von schweren und hartnäckigen Fällen reservirt bleiben.

EMIL MAYER.

26) **H. Halász. Fall von Empyem der Highmorshöhle, geheilt durch die Denker'sche Radicaloperation.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 48.*

Bespricht einen Fall, in welchem sich wiederholte Punctionen und Ausspülungen der Highmorshöhle nutzlos erwiesen und der mit dem Denker'schen Operationsverfahren mit vollem Erfolge operirt wurde.

V. NAVRATIL.

27) **Ottokar Chiari** (Wien). **Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1905.*

Klinische Vorlesung über das bezeichnete Gebiet. Bemerkenswerth ist ein Fall von Angiom der Kieferhöhle aus der Praxis des Verf.'s.

ZARNIKO.

28) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Bemerkungen zu Prof. Dr. Chiari's Aufsatz: „Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle" in No. 39 dieser Wochenschrift.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1905.*

G. behauptet gegenüber Chiari: 1. Der Hydrops antri Highmori ist eine bisher nicht nachgewiesene Erkrankung. Alle als Hydrops antri Highmori beschriebenen Fälle sind jedenfalls Kiefercysten gewesen. 2. Die Entzündungen der Kieferhöhle machen keine Ectasien. Fälle, die als Kieferhöhlenempyeme beschrieben sind, sind vereiterte Kiefercysten gewesen. 3. Fast alle Kiefercysten lassen sich rhinoskopisch diagnosticiren, manche nur durch die Rhinoskopie (Vorwölbung des unteren Nasenbodens unter dem vorderen Ansatz der unteren Muschel; cfr. Gerber, Arch. f. Laryngol. 16).

ZARNIKO.

29) **O. Chiari** (Wien). **Entgegnung zu vorstehenden Bemerkungen.** *Ibidem.*

Alle drei von Gerber aufgestellten Sätze lassen Ausnahmen zu.

ZARNIKO.

30) **John C. Munro. Psammom der Oberkieferhöhle. Bericht über einen Fall. (Psammoma of the maxillary sinus. Report of a case.)** *Denver Medical Society. Juni 1905.*

Der Fall ist identisch mit dem an anderer Stelle berichteten. Cfr. Centralbl. dieser Jahrgang. S. 45.

EMIL MAYER.

31) **Polyak. Intrabuccale Exstirpation eines Sarkoms der Highmorshöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 30.*

Die Geschwulst war von der Haut, vom Vestibulum oris und von der rechten Nasenhälfte aus palpabel. P. machte den ersten Einschnitt im Munde, wobei es sich erwies, dass die Höhle noch ein Lumen besass und die Schleimhaut der orbitalen, nasalen und temporalen Wand noch intact war. Die Vorderwand wurde mit Knochenzange entfernt. Sarcoma gigantocellulare.

V. NAVRATIL.

32) **Binder** (Graz). **Ueber die Extraction eines Fremdkörpers aus der Oberkieferhöhle unter Leitung des Salpingoskopes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. H. 1. S. 173.*

Benutzt wurde das Hirschmann'sche Endoskop. Der Fremdkörper war ein fest zusammengedrehtes Stück Xeroformgaze, das bei der Nachbehandlung eines von der Alveole aus operirten Oberkieferempyems als Tampon in den Bohrcanal eingelegt war.

F. KLEMPERER.

33) **E. L. Ellett. Ein Fall von ungewöhnlicher Entwickelung der Stirnhöhlen. (A case showing unusual development of the frontal sinuses.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Fall von ungewöhnlicher Grösse der Stirnhöhlen, wie sie sich bei der Durchleuchtung repräsentirten.

EMIL MAYER.

34) **Pauncz. Zur differentiellen Diagnose der Neuralgia supraorbitalis und der Empyeme des Sinus frontalis.** *Szemeszet. No. 3—4.*

Die Schmerzen treten bei der Neuralgia supraorbitalis zu verschiedensten Tageszeiten plötzlich auf; sie sind am heftigsten in der Incisura supraorbitalis. — Beim Empyema des Sinus frontalis ist Schnupfen eine constante Begleiterscheinung; die Schmerzen sind Morgens am heftigsten und nehmen bis Mittag successive ab; dieselben localisiren sich auf die Grenzen der Stirnhöhle. In der Nase die bekannten Befunde.

v. NAVRATIL.

35) **S. G. Dabney. Entzündung des Orbitalzellgewebes, Stirnhöhlenerkrankung, Hirnabscess, Tod. (Orbital cellulitis, frontal sinus disease, abscess of brain, death.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. Januar 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

36) **Broeckaert. Die Radicalcur der Gesichtspansinusitiden. (La cure radicale des pansinusites de la face.)** *Journal de la Soc. de Méd. de Gand. Vol. LXXXV. p. 187.*

Ueber das Verfahren B.'s bezüglich der Radicalcur der Gesichtspansinusitiden wurde gelegentlich des Jahresberichts der Belg. otolaryngol. Gesellschaft vom Juni 1905 genauer berichtet. B. theilt einen Fall von einem 30jährigen Fräulein mit, welches an einer rechtsseitigen chronischen Oberkieferhöhleneiterung verbunden mit einer rechtsseitigen Frontoethmoidalsinusitis litt. Massenhafte Polypen hatten das Nasenskelett deformirt. B. operirte Patientin nach dem obigen Verfahren mit Ausräumung sämmtlicher Nasennebenhöhlen und erzielte eine vollkommene Heilung.

BAYER.

37) **P. H. Abercrombie. Lymphosarkom der Stirnhöhlen. (Lymphosarcoma of the frontal sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 25. März 1905.*

Bericht über den Fall einer 75jährigen Frau, die eine rundliche Anschwellung in der Mittellinie über dem Nasenansatz zeigte. Sie hatte vor vielen Jahren an dieser Stelle einen Schlag erhalten. Die Schwellung war dem Knochen adhärent, die Haut darüber war unbeweglich. Durchleuchtung zeigte, dass die Masse

durchscheinend war; bei der Palpation hatte man das Gefühl, als ob darin Flüssigkeit unter Druck stände. Beide Stirnhöhlen schienen frei zu sein. Der Tumor nahm innerhalb eines Monats um das Doppelte an Grösse zu. Bei der Exstirpation zeigte sich, dass er weich war, an dem Knochen festhaftete; durch eine Perforation im Knochen war eine Communication mit beiden Stirnhöhlen dargestellt, die von einer ähnlichen Geschwulstmasse ausgefüllt waren. Eiter wurde nicht gefunden. Unter dem Mikroskop erwies sich der Tumor als ein Lymphosarkom.

LEFFERTS.

38) **A. Lipscher** und **M. Steiner. Orbitale Complicationen des Empyems der vorderen Siebbeinzellen.** *Orr-gége-fülygóyyászat. No. 3—4. (Beilage zu „Orvosi Hetilap".*

Beschreibung dreier Fälle, in welchen sich an Empyeme der vorderen Siebbeinzellen Orbitalabscesse anschlossen, mit hochgradigen Schwellungen der Augenlider, Protrusio und Verschieben der Bulbi, Lähmungen der Augenmuskeln, schweren Störungen des Sehvermögens. Vor der rhinologischen Untersuchung wurden Incisionen der Augenlider ausgeführt, ohne dauerhaften Erfolg und mit Zurückbleiben von Fisteln. Resection der mittleren Muschel und Ausräumung der Siebbeinzellen führten eine vollständige Heilung herbei.

v. NAVRATIL.

39) **Broeckaert. Ethmoidectomie.** *La Belgique Méd. No. 26. 1905.*

In der Sitzung der Genter Med. Gesellschaft vom 4. Juli 1905 machte B. eine Mittheilung über die Ethmoidectomie in Fällen von Pansinusitiden nach einem Verfahren, welches unter anderen den Vortheil biete, dass die Verletzung der Rolle des grossen Obliquus dabei vermieden wird, worauf De Stella bemerkt, dass die Furcht B.'s vor der Verletzung dieser Rolle übertrieben sei, da er Fälle kenne, in welchen trotz dieser Läsion der daraus resultirende Strabismus zur Heilung kam.

BAYER.

40) **Aubaret** und **Lafon. Tumor des Siebbeins, der alle Gesichtshöhlen ergriffen hat. (Tumeur de l'ethmeide, ayant envahi toutes les cavités de la face.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 21. 1904.*

Es handelte sich um ein Sarkom.

A. CARTAZ.

41) **Heinrich Halász** (Mikolcz). **Ein Fall von Encephalitis infolge Eiterung im Antrum sphenoidale.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder.

HECHT.

42) **Walb** (Bonn). **Ueber Erkrankungen der Keilbeinhöhle.** *Deutsche med Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1905.*

Verf. hält vor der Eröffnung der Keilbeinhöhle stets die Totalresection der mittleren Muschel für erforderlich. Die Ozaena ist nicht auf eine Erkrankung der Keilbeinhöhlen oder der Siebbeinzellen zurückzuführen, jedoch sind Nebenhöhlen häufig nebenbei erkrankt und alsdann zu behandeln. — Erwähnung eines Falles, in dem Exitus nach Durchbruch einer Keilbeineiterung in die Schädelhöhle erfolgte.

ZARNIKO.

43) **Torres** (Barcelona). **Neubildungen des Sphenoidalsinus. (Neoplasia del seno esfenoidal.)** *Revista de Medic. y Cirug. Mai 1904.*

Genanntes Neoplasma, ein Sarkom, fand sich bei der Autopsie eines 10jährigen Knaben im Innern des Schädels und umfasste die Schläfengrube und den Türkensattel, den Sehnerven und die motorischen Nerven. Im Leben zeigten sich bei dem Patienten Nasenblutungen ohne erkennbare Ursache und fortschreitende Verstopfung der Nasenhöhlen, später Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen.

R. BOTEY.

44) **Menschikow. Zur Aetiologie idiopathischer Retropharyngeal-Abscesse. (K etiologi idiopatischeskich sadne glototschnich nariwow.)** · *Russk. Wratsch. No. 16. 1905.*

M. untersuchte bakteriologisch den Eiter in 4 Fällen von Retropharyngealabscess und fand jedesmal einen Streptococcus, der dem Schotmüller'schen Streptococcus mitior seu viridans ähnelt.

P. HELLAT.

45) **E. L. Meierhof. Eine sichere und angemessene Methode zur Eröffnung von Retropharyngealabscessen bei Kindern. (A safe and adequate method for opening retropharyngeal abscesses in children.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Verf. empfiehlt zur Eröffnung der Retropharyngealabscesse eine lange, unbehindertes Manipuliren gestattende Scheere, die über der Fläche gebogen und mässig zugespitzt ist.

EMIL MAYER.

46) **Broeckaert. Abtragung eines fibrösen Nasenrachenpolypen auf transmaxillo-nasalem Wege. (Ablation d'un polype fibreux du naso-pharynx par la voie transmaxillo-nasale.)** *La Belgique méd. No. 43. 1905.*

B. hat auf transmaxillonasalem Wege, d. h. durch Resection der vorderen und totale Resection der Nasenwand des Sinus maxill., ein Vorgang, welchen er zuerst beschrieben und in Anwendung gebracht hat, mit vollständigem Erfolge einen enormen fibrösen Polypen entfernt, welcher das Cavum ausfüllte und seine Prolongation in die eine Nasen- und Highmorshöhle aussandte. Der Tumor war mit breiter Basis auf der Basilarapophyse inserirt und war Adhärenzen eingegangen mit dem inneren Flügel der Pterygoidapophyse. Resultat sehr gut. Am 8. Tage nach der Operation konnte der 15jährige Knabe die Klinik verlassen mit einer einfachen linearen Narbe seitlich an der Nase in der Nasenwangenfalte. Die keineswegs gefährliche Operation bildet einen bedeutenden Fortschritt in der Behandlung maligner Geschwülste des Cavum. Sie ersetze sehr vortheilhaft die Resection des Oberkiefers, welche die Präventiv-Tracheotomie und -Ligatur der Carotis externa erheische und eine erschreckende Operationsmortalität aufweise.

BAYER.

47) **Waldmann. Choanalpolyp von seltener Grösse.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 12.*

Der Schleimpolyp füllte das Cavum pharyngo-nasale vollständig aus und wuchs in beide Nasenräume. Entfernung mit kalter Schlinge durch den Mund.

v. NAVRATIL.

48) **Wme. W. Carter. Ein ungewöhnlich grosser fibröser Nasenrachenpolyp. (An unusually large fibrous post-nasal polyp.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

In diesem Fall sind folgende Punkte von besonderem Interesse: Die frühzeitige Entwickelung der Geschwulst, die durch die langdauernde Nasenobstruction bewirkten Folgen, der günstige Effect, den die Entfernung der Geschwulst hatte und dass trotz des langen Bestehens der Nasenverstopfung das Gehör nicht gelitten hatte.

EMIL MAYER.

49) **Tommasi. Nasenrachenfibrome. (Fibromi del rino-faringe.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. III. 1906.*

Bericht über 3 Fälle. Die ersten beiden betrafen Personen im Alter von 59 und 39 Jahren. Im dritten Falle hatte der Tumor zu sehr heftigen Nasenblutungen Anlass gegeben; seine mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein cavernöses Fibrom mit blutiger Infiltration und endovasaler Bildung von Amyloidkugeln handelte. Verf. macht die Abtragung von der Nase aus mit der galvanokaustischen Schlinge.

FINDER.

50) **Stenger** (Königsberg i. Pr.). **Zur Kenntniss der Frühsymptome maligner Tumoren des Nasenrachenraums.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Zwei Fälle, der eine vermuthlich ein Sarkom, der andere durch Operation (Prof. Garrè) geheilte ein Plattenepithelcarcinom des Nasenrachens. Wichtig ist die Beachtung der Frühsymptome, die sich als Verengerung des Nasenluftweges, als neuralgische Beschwerden (Otalgien, Schmerzen, die in Nacken-, Scheitel- oder Schläfengegend ausstrahlen können) und endlich als Beeinträchtigung des Ohres (durch Tubenverengung) darstellen können.

ZARNIKO.

51) **F. Nynlasz. Eine Kopfstütze für postnasale Operationen. (A head rest for post nasal operations.)** *Lancet. 6. August 1904.*

Der Apparat kann am Ende des Operationstisches befestigt werden. Ist auch für Operationen im Mund, an den Wangen etc. gut verwerthbar. (Illustrirt. Angefertigt bei Meyer und Meltzer.)

ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

52) **H. Halkin. Beitrag zum Studium der Mandelverknöcherung. (Contribution à l'étude de l'ossification dans les amygdales.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. La Presse otolaryng. Belge. No. 29. 1905.*

Bezüglich der Ossification in den Mandeln bestehen zwei Meinungen: Die eine schreibt den Knorpel- und Knochenkernen der Mandeln einen entzündlichen metaplastischen Ursprung zu; die andere, welche die meisten Anhänger hat, führt die Entwickelung dieser Producte auf Reste des 2. Branchialbogens zurück, sich hauptsächlich auf die Untersuchungen Rückert's stützend: Die Mandeln vom Fötus und von Neugeborenen ergaben ihm bei 48 Beobachtungen 18 mal Knorpelinseln. — Da der Ossificationsmodus bis jetzt noch nicht rigorös studirt worden, hat sich der Autor vorgenommen, diese Lücke auszufüllen. Er hat zweimal eine

derartige Anomalie angetroffen, und der zweite Fall eignete sich insbesondere zur Untersuchung. Aus seinen Nachforschungen geht hervor, dass die Ossification der Knorpelkerne in den Mandeln sich auf eine indirecte Weise vollzieht, ungefähr so, wie im physiologischen Zustand, obwohl mit etwas weniger Regelmässigkeit. Dieselbe ist gefolgt von periostaler Ossification. Die Knorpelenclaven sind in der That Reste des 2. Branchialbogens, und zur Begründung dieser Behauptung beruft sich der Autor auf die Anwesenheit einer kleinen serösen Cyste im Bindegewebe an der rechten Mandel zwischen grossen Knochenbalken und adenoidem Gewebe, abstammend von der zweiten unvollständig obliterirten Branchialspalte. Das tiefgelegenen Bindegewebe bot ausserdem keine Spur von Entzündung dar.

Die Mandel von Fötus und Neugeborenen birgt demnach ziemlich häufig Knorpelinseln in sich, Reste embryonärer Transformationen; andererseits ist sie durch ihre Structur und Natur zahlreichen Reizursachen ausgesetzt; sie befindet sich unter Bedingungen, welche nach Cohnheim besonders günstig für die Entwickelung von Tumoren sind; und doch, wenn man von Carcinomen und Sarkomen absieht, zeigen sich solche nur sehr ausnahmsweise in den Mandeln. Die an den Mandeln gemachten Beobachtungen sprechen somit nicht zu Gunsten der von Cohnheim ausgesprochenen Idee in Bezug auf die allgemeine Entstehungsursache der Tumoren.

BAYER.

53) **Giron** (Paris). **Mandelstein. (Calcul de l'amygdale.)** *Société anatomique. 1. December 1905.*

Verf. demonstrirt einen in einer Lacune der Tonsille sitzenden Stein, der sich im Laufe von ca. 6 Monaten entwickelt hatte.

PAUL RAUGÉ.

54) **Domenico Ricciardelli. Ist die Hypertrophie der Gaumentonsillen der Ausdruck eines allgemeinen Lymphatismus oder das Resultat einer auf den Waldeyer'schen Schlundring beschriebenen Alteration? Besteht functionell ein enger Zusammenhang zwischen den geschlossenen Follikeln, die diesen Ring bilden? (L'ipertrofia delle tonsille palatine è l'esponente di un linfatismo generale oppure è l'effetto di una alterazione circoscritta all'anello di Waldeyer? Esiste funzionalmente un intimo rapporto tra i follicoli chiusi che formano questo anello?)** *Bollet. delle Malattie dell'orecchio della gola e del naso. September 1905.*

Auf Grund von 8 klinischen Beobachtungen und einigen Experimenten, die darin bestanden, dass auf die Gaumentonsille von Hunden Culturen eingeimpft, die Thiere dann nach einigen Tagen getödtet und die einzelnen Theile des lymphatischen Schlundrings untersucht wurden, kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass die Hypertrophie der Gaumentonsillen fast stets den Ausdruck einer lymphatischen Constitution darstellt. Die übrigen Theile des Waldeyer'schen Schlundrings nehmen an dieser Allgemeinalteration nicht mehr und nicht weniger theil, als die am meisten benachbarten Lymphdrüsen. Die an den Gaumentonsillen inoculirten Mikroorganismen wandern mit grösserer Leichtigkeit in die benachbarten submaxillaren Lymphdrüsen als in die Follikel des Waldeyer'schen Ringes. In seltenen Fällen kann auf die Abtragung der Gaumentonsillen eine Hypertrophie

der Rachen- oder Zungentonsille folgen. Die Abtragung beider normalen Gaumentonsillen scheint beim Hunde von Nachtheil zu sein, da die Hälfte der Thiere in mehr oder weniger kurzer Zeit darauf zu Grunde ging.

FINDER.

55) **J. T. Herron. Behandlung der Tonsillarhypertrophien. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Medical News. 2. September 1905.*

Verf. tritt dafür ein, hypertrophische Tonsillen in allen Fällen zu entfernen. Er führt eine Anzahl von Fällen an, die zur Illustration der günstigen Folgen der Tonsillotomie dienen sollen.

LEFFERTS.

56) **G. C. Savage. Behandlung der Tonsillarhypertrophie. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Medical News. 2. November 1905.*

Verf. hält es für einen directen Fehler, wenn man hypertrophische Tonsillen, besonders wenn häufig Entzündungen an ihnen auftreten, nicht operativ beseitigt.

LEFFERTS.

57) **F. Hill. Behandlung der Tonsillarhypertrophie. (Treatment of hypertrophical tonsils.)** *N. Y. Medical News. 2. September 1905.*

Verf. protestirt gegen die kritiklose Ausführung der Tonsillaramputation bei Kindern. Er unterscheidet drei Arten von erkrankten Tonsillen: 1. Tonsillen, die constant geschwollen, roth und leicht gereizt sind; diese sind von specifischer skrophulöser oder tuberculöser Natur, und es bleibt nur übrig, sie zu entfernen. 2. Tonsillen, die im Innern erkrankt sind und gelegentlich zu einem acuten Abscess führen. 3. Tonsillen, die oberflächlich ulcerirt sind und entweder indolent sind oder im Stadium activer Erkrankung sich befinden. Ueber die Behandlung der ersten Klasse ist bereits gesprochen werdsn. Bei der zweiten Klasse resultirt die Abscessbildung daraus, dass die an die Oberfläche der Tonsille führenden Oeffnungen sich verschliessen und eine Retention des Secrets stattfindet. Bei den Tonsillarerkrankungen der dritten Gruppe werden Pinselungen mit 2 proc. Silbernitratlösung angewandt, während Verf. bei der zweiten Gruppe eine schmale Curette in die Lacunen einführt, das erkrankte Gewebe auskratzt und eine 10 proc. Silbernitratlösung in das Innere der Tonsille einspritzt. Dies soll 3—6 Tage lang fortgesetzt werden.

LEFFERTS.

58) **C. P. Nelson. Die ätiologische Bedeutung chronischer Tonsillarhypertrophie. (Chronic enlargement of the tonsils as a facter in etiology.)** *N. Y. Medical Record. 3. Februar 1906.*

Die chronische Tonsillarhypertrophie hat eine grosse Bedeutung für das Zustandekommen von Infectionen des Respirations- und Digestionstractus. Deshalb empfiehlt sich die prompte Operation der Tonsillarhypertrophien.

LEFFERTS.

59) **Eugen Felix** (Bukarest). **Die Zerstückelung (Morcellement) der hypertrophischen Gaumentonsille.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1905.*

Empfehlung der Ruault'schen Zange und Bericht über 32 auf diese Weise erfolgreich operirte Fälle. Anschliessend epikritische und casuistische Erörterungen.

HECHT.

60) **Frank M. Cunningham. Blutung nach Entfernung der Tonsillen. (Hemorrhage after the removal of tonsils.)** *Southern Medical and Surgical Journal. Januar 1906.*

Wiederholte Blutung nach der Tonsillotomie bei einem 16jährigen Knaben. Stillung durch Anlegung einer Klammer.

EMIL MAYER.

61) **George J. Keiper. Spontane Blutung aus einer entzündeten Tonsille. (Spontaneous hemorrhage from an inflammed tonsil.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Bericht über einen Fall; Heilung.

EMIL MAYER.

62) **Parmentier. Angina und Rheumatismus. (Angine et rhumatisme.)** *Le Progrès Médical Belge. No. 5. 1905.*

P. theilt die Beobachtung eines 10jährigen mit doppelter Mandelbräune und ausgebreiteter katarrhalischer Angina afficirten Kindes mit. Sofort nach der Heilung stellten sich acute rheumatische Erscheinungen ein, welche unter dem Gebrauch von Methyl- und Natr. salicyl. zurückgingen. P. ist der Ansicht, dass die Angina häufig die Eingangspforte für den Rheumatismus bilde und bezieht sich diesbezüglich auf die gegenwärtigen Anschauungen über diese Frage.

AUTOREFERAT.

63) **George H. Weaver** und **Ruth Funnicliff. Ulcero-membranöse Angina — Angina Vincenti — und Stomatitis. (Ulceromembraneous Angina — Vincent's Angina — and Stomatitis.)** *Journal of the American Medical Association. 17. Februar 1905.*

Verff. geben eine genaue Schilderung des bisher über die in Frage stehende Erkrankung Bekannten. Sie finden keine Stütze für die Ansicht, dass die beiden Organismen mit einander identisch seien; sie halten den Beweis, dass sie die ätiologischen Factoren der Erkrankung darstellen, bisher für nicht erbracht. Verff. haben verschiedene Complicationen, Albuminurie, Herpes, Gastroenteritis, Noma etc. gesehen. Sie glauben, dass die Krankheit wegen der unbedeutenden Symptome oft übersehen werde. Ansteckung ist beobachtet worden, doch scheint ein sehr enger Contact dazu nöthig zu sein. Die Diagnose wird auf Grund des bakteriologischen Befundes gestellt, doch muss man sich hüten, Diphtherie durch besondere Culturmethoden auszuschliessen, da die Diphtheriebacillen mit den fusiformen vergesellschaftet sein können. Die Prognose ist bei Kindern schlecht. Was die Therapie anbelangt, so halten Verff. Bepinselungen der erkrankten Partie mit Wasserstoffsuperoxyd für das beste Mittel.

EMIL MAYER.

64) **C. Panton. Fälle von Stomatitis und Tonsillitis mit Befund von Vincent'schen Spirochaeten und Bacillen. (Cases of stomatitis and tonsillitis in which Vincent's Spirochaeta and Bacillus were present.)** *Lancet. 17. Februar 1906.*

In 4 Fällen waren die Tonsillen erkrankt. Sie waren geschwollen und mit einer dicken gräulichen Membran bedeckt. In drei dieser Fälle waren cariöse Zähne vorhanden. In 7 Fällen war das Zahnfleisch erkrankt, in 5 war ein grauer Belag auf der Wangenschleimhaut. In 10 von 11 Fällen fanden sich Spirochaeten und Bacill. fusiformes.

ADOLPH BRONNER.

65) **Imhofer** (Prag). **Zur Behandlung der Tonsillitis chronica.** *Prager med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Empfehlung des vom Autor verbesserten Hartmann'schen Mandelquetschers zur Massage der Tonsillen. CHIARI-HANSZEL.

66) **R. M. Niles. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 30. December 1905.*

M. verlangt für jeden Fall von sogenanntem „schlimmen Hals" sorgfältige Behandlung, da es sich um die Erkrankung eines delicaten und wichtigen Organs handle. Er theilt die Tonsillitis in die katarrhalische, lacunäre und parenchymatöse Form; jede kann acut oder chronisch sein. Er empfiehlt Chinin in tonischen Dosen, auch Strychnin und Aconit. In Fällen rheumatischer Diathese gebe man Salicylpräparate. Guajacol wird als Gurgelwasser empfohlen. LEFFERTS.

67) **Riciard. Ueber die chirurgische Behandlung der phlegmonösen Peritonsillitis. (Du traitement chirurgical de la periamygdalite palatine phlegmoneuse.)** *Arch. internat. de laryngol. No. VI. 1904.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

68) **Hardouin** (Rennes). **Tumor der Tonsille. (Tumeur de l'amygdale.)** *Société anatomique. 14. December 1905.*

Man hielt den Tumor für ein Sarkom und exstirpirte ihn. Die histologische Untersuchung zeigte, dass es sich um eine Dilatation der Schleimdrüsen handelte. PAUL RAUGÉ.

69) **Richard H. Johnston. Epitheliom der Gaumentonsille. (Epithelioma of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Bei dem 65jährigen Patienten fand sich an der rechten Tonsille eine grosse fungöse Geschwulst mit tiefer Ulceration, deren Ränder ausgebuchtet und dessen Grund schmierig belegt war. Die Ulceration war auch auf Gaumenbögen und Gaumensegel übergegangen. Die Untersuchung eines Probestückchens ergab, dass es sich um ein typisches Epitheliom handelte. Da das Aussehen des Tumors und das Befallensein der Drüsen von einer Operation nicht viel hoffen liess, so wurde Pat. mit Röntgenstrahlen behandelt. Nach einer scheinbaren vorübergehenden Besserung starb Pat. 6 Monate später. Verf. räumt in der Aetiologie der Carcinome der Mundhöhle dem Pfeifenrauchen eine grosse Bedeutung ein und führt zur Illustration einen weiteren Fall von Gaumencarcinom bei einem alten Pfeifenraucher an. EMIL MAYER.

70) **John H. Blodgett. Tonsillenscheere. (Tonsil scissors.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. März 1906.*

Der Griff der Scheere ist 15,5 cm lang; im rechten Winkel an diesem befindet sich die 2 cm lange gebogene Schneide, die etwas gezähnt ist. Das Instrument kann gleich bequem für beide Seiten gebraucht werden. Es ist sehr handlich, macht keine Verletzungen ausser der beabsichtigten. Die Neigung zur Blutung ist geringer als bei Anwendung eines Tonsillarmessers. Es können zahlreiche

Schnitte in verticaler oder lateraler Richtung gemacht und gleichzeitig Stücke der Tonsille excidirt und die Tonsillarkrypten eröffnet werden. EMIL MAYER.

71) **Alice G. Bryant. Ein neuer Tonsillarhaken. (An new tonsil tenaculum.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Die Vorzüge des Instruments sind: Einfachheit der Construction; die Möglichkeit, es schnell anzulegen und wieder abzunehmen; Nichtverdunkelung des Gesichtsfeldes. Dazu kommt, dass der Operateur beide Hände frei hat, dass das Instrument für die rechte und linke Tonsille passt. EMIL MAYER.

72) **J. C. Henkes** (Amsterdam). **Ein neues Tonsillen-Instrument.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1905.*

Das in der Arbeit abgebildete Instrument dient zur Abtragung der Gaumentonsillen mittels der kalten Schlinge und ermöglicht vermöge seines kräftigen Baues und seiner Handlichkeit die Tonsillotomie mit einer Hand. HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

73) **Alfvèn. Widerstandsfähigkeit des Diphtheriebacillus gegen verschiedene Temperaturen. (Résistance du bacille de la diphtérie à diverses températures.)** *Hygiea. p. 31—37. 1905.*

Verf. hat den Diphtheriebacillus, so wie er sich in den Pseudomembranen findet, untersucht. Er rieb diese Membranen auf dem Boden einer Petri'schen Schale, bis eine dünne Schicht auf dem Glas war. Die Schalen wurden, gegen Licht geschützt, aufbewahrt: in kalter Winterluft, bei Stubentemperatur und bei 37⁰ und 50⁰. In bestimmten Abständen wurden die Beläge in Bouillon gelöst und die Vitalität der Bacillen untersucht. In der Kälte betrug die längste Lebensdauer 14 Tage, die kürzeste 5 Tage. Bei Zimmertemperatur starben die Bacillen zwischen dem 9. und 87. Tage (im Mittel 30 Tage). In den Pseudomembranen lebten sie in zwei Fällen noch am Ende von $5^1/_2$ und $3^1/_2$ Monaten. Bei 37⁰ starben die Bacillen durchschnittlich nach 10 Tagen; die längste Lebensdauer beträgt 22 Tage. FINDER.

74) **T. S. Billings. Die Anwendung von Diphtherie-Antitoxin und Vornahme der Intubation durch das Gesundheitsdepartement in New-York. (The administration of diphtheria antitoxine and performance of intubation by the department of health of New York City.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1906.*

Verf. giebt eine Darstellung der bei der Lieferung des Diphtherieserums an Aerzte beobachteten Methode und der vom Gesundheitsdepartement seinen als Inspectoren angestellten Aerzten gegebenen Instructionen. LEFFERTS.

75) **Dopter. Locale Wirkung des Antidiphtherieserums. (Local action of antidiphtheric serum.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1905.*

Verf. beschreibt die Resultate der mit der Martin'schen Localapplication von Diphtherieserum erzielten Resultate. Er benutzt getrocknetes Serum, das mit Gummi zu Pastillen verarbeitet wird. In der Mehrzahl der Fälle verschwinden

im Laufe von höchstens 5 Tagen die Diphtheriebacillen. Folgende Regeln sind zu beachten: Der Patient soll die Pastillen nicht kauen, sondern im Munde zergehen lassen; dadurch wird der Contact des Serum und der Schleimhaut erheblich verlängert. Patient soll jede Stunde eine Pastille nehmen. Jedes Gurgelwasser, das zu einer Verdünnung des Serums in der Mundhöhle führen würde, soll fortgelassen werden. Getrocknetes Serum als Schnupfpulver gebraucht, wirkt auch auf die Bacillen der Nasenschleimhaut, jedoch ist die Wirkung weniger befriedigend, als die der Pastillen. Die Wirkung dieser ist eine antibakterielle und nicht antitoxisch.

Verf. hofft, dass durch diese Behandlung Rückfälle und schwere Complicationen, auch Lähmungen etc. verhindert werden. Die Periode der Ansteckungsfähigkeit und damit auch der Isolation wird verkürzt.

LEFFERTS.

76) **Hamburger. Diphtherische Lähmung eines Muscul. hyo-glossus.** *Gesellschaft f. innere Medicin u. Pädiatrie. Wien, 16. November 1905.*

Bei dem von H. vorgestellten kleinen Patienten findet sich gleichzeitig eine diphtherische Lähmung des linken M. hyo-glossus, des Gaumensegels und Parese der unteren Extremitäten. Das Kind kann die Zunge nicht gegen den Mundboden drücken. Es war Serum angewandt worden.

FINDER.

77) **C. Bolton. Einige Punkte in der Behandlung der Herzschwäche bei Diphtherie. (Some points in the treatment of heart failure in diphtheria.)** *Lancet. 3. Februar 1906.*

Das Diphtheriegift giebt oft Anlass zu acuten degenerativen Veränderungen in den Vaguskernen und fettiger Degeneration des Herzmuskels im Beginn der Erkrankung. Daher ist die möglichst frühzeitige und reichliche Anwendung von Diphtherieserum geboten. Die Minimaldosis ist 4000—6000 I.-E., die wiederholt werden muss, bis 12000—24000 I.-E. injicirt sind. Die beste Methode ist, 12000—30000 I.-E. gleich einzuspritzen und dies alle 24 Stunden zu wiederholen. Alle Anstrengungen und Erregungen, Erbrechen, Aufsitzen im Bett etc. soll vermieden werden. Puls und Athmung müssen sorgfältig überwacht werden. Wenn der Fall auch noch so leicht war, soll der Patient stets mindestens 3 Wochen im Bett gehalten werden. In manchen Fällen dauert die Schwäche des Herzens Monate lang. Digitalis, Strychnin, Alkohol scheinen nicht von Nutzen zu sein. Verf. empfiehlt kleine Dosen von Belladonna.

ADOLPH BRONNER.

78) **Van Bleyenbergh. Diphtheritis und retropharyngeale Phlegmone. (Diphtérie et Phlegmon retro-pharyngien.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Mai-Juni 1905.*

Fall von einem 6jährigen Mädchen mit Diphtherie, gefolgt von Retropharyngealabscess und Vereiterung der Cervicaldrüsen.

BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Chevalier Jackson. Der Kehlkopf beim Typhus. (The larynx in typhoid fever.)** *American Journal of Medical Sciences. November 1905.*

Verf. hat 360 Fälle von Typhus in Bezug auf Complicationen seitens des Larynx untersucht. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen: Ernstliche und tödtliche Erkrankungen des Kehlkopts sind häufiger als man annimmt. Der Tod kann eintreten in Folge von Larynxstenose, ohne dass man bei Unterlassung einer Kehlkopfuntersuchung auch nur auf den Verdacht kommt, dass der Kehlkopf miterkrankt ist. Die Schmerzen im Kehlkopf werden häufig durch die Benommenheit verdeckt. Cyanose und Dyspnoe ist selten; Apnoe ist häufig. Die Schwere der Larynxcomplication steht in directem Verhältniss zu der Allgemeininfection. Die Kehlkopferkrankung beginnt wahrscheinlich meist mit Thrombose der Kehlkopfgefässe. Die Infection ist in der Regel eine gemischt pyogene; selten geschieht sie durch den Typhusbacillus. Die Prognose quoad vitam ist gut. Viele spätere Complicationen seitens des Kehlkopfs sind durch frühzeitige Tracheotomie zu vermeiden.

EMIL MAYER.

80) **Jacques. Angioneurotisches Kehlkopfödem. (Oedème angioneurotique du larynx.)** *Révue méd. de l'Est. 19. Februar 1905.*

Patientin war ein 19jähriges Mädchen, in dessen Anamnese neuropathische Zustände und Zeichen von Hysterie eine Rolle spielten. Seit einem Monat treten heftige Erstickungsanfälle auf; während des Schlafes war Patientin völlig ruhig. Bei der Untersuchung fand man Oedem der Aryknorpelgegend ohne sonstige sichtbare Verletzungen. An verschiedenen Stellen der Körperoberfläche waren gleichfalls circumscripte Oedeme vorhanden. Keinerlei Behandlung hat in dem Zustand irgendwelche Aenderung hervorgebracht.

A. CARTAZ.

81) **Oegny** und **Dètot. Subglottisches Larynxödem. (Oedème laryngé sous-glottique.)** *Société de pédiatrie. 19. Januar 1904.*

Es handelte sich um Larynxödem mit Infiltration der ary-epiglottischen Falten. Die Intubation genügte nicht und es musste zur Tracheotomie geschritten werden. Das Kind starb trotzdem unter Erscheinungen von Allgemeininfection. Die histologische Untersuchung zeigte die Schleimhaut des Vestibulum laryngis durchsetzt von mikroskopischen Abscessen, die nach Gram färbbare Kokken enthielten.

PAUL RAUGÉ.

82) **Emil Mayer** (New-York). **Ein ungewöhnlicher Fall von Glottisödem. (An unusual case of oedema of the glottis.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905. N. Y. Medical Record. 16. September 1905. Verhandlungen der American Laryngological Association. Juni 1905.*

Es handelte sich um eine acute septische Entzündung der Zungenbasis, des rechten Sinus piriformis und der Epiglottis auf derselben Seite. Bacteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein des Staphylococcus albus und von Streptokokken. Verf. nimmt an, dass die Grundlage für die Erkrankung ein hereditär

syphilitischer Zustand der Epiglottis bildete, der ausser Husten bis dahin keine Erscheinungen gemacht hatte.

A. LOGAN TURNER.

83) **Sabatier. Primäres phlegmonöses Erysipel des Kehlkopfs. (L'érysipèle primitif phlegmoneux du larynx.)** *Arch. gén. de méd. 21. Juni 1906.*

Verf. giebt ausser einer erschöpfenden Studie über den Gegenstand eine eigene Beobachtung, die einen 35jährigen Mann betraf. In dem aus der Tracheotomiecanüle ausgehusteten schleimig-eitrigen Secret fanden sich Streptokokken in Reincultur. Patient ging an Herzschwäche zu Grunde.

A. CARTAZ.

84) **Blum** (Strassburg i. E.). **Zwei Fälle von primärem Larynxerysipel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. 1905.*

Zwei Fälle von schwerer, fieberhafter Laryngitis. Im ersten pflanzte sich die Entzündung auf dem Wege der Tube und des Mittelohrs, in dem zweiten — wie Verf. annimmt — durch die Nase auf die Gesichtshaut fort und erzeugte hier typische Erysipele.

ZARNIKO.

85) **Chauffard. Kehlkopfsyphilis und Tabes. (Syphilis laryngée et tabes.)** *Journal de méd. interne. p. 65. 1904.*

Bericht über einen Fall von Zusammentreffen tabischer Symptome und syphilitischer Kehlkopferkrankung.

A. CARTAZ.

86) **Chauffard** und **Viollet. Die Kehlkopfsyphilis. (La syphilis laryngée.)** *Gaz. des hôpitaux. 9. Juni 1904.*

Ein nichts wesentlich Neues bietender didactischer Vortrag.

A. CARTAZ.

87) **Chauffard. Die tertiäre Kehlkopfsyphilis. (La syphilis tertiaire du larynx.)** *Journal des Practiciens. 27. Januar 1905.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

88) **Clement F. Theisen. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopfsyphilis, der die Tracheotomie erfordert. (An unusual case of laryngeal syphilis requiring tracheotomy.)** *The Laryngoscope. September 1905.*

Die Schlüsse, zu denen Verf. auf Grund seiner Beobachtung gelangt, sind:

1) Die Intubation ist besonders werthvoll in den Fällen, in denen es sich nicht um eine extreme Stenose handelt, und wenn diese durch Verdickung und Infiltration der Stimm- und Taschenbänder bedingt ist. In einigen dieser Fälle kann die Intubation ohne vorhergehende Tracheotomie, wenn sie sorgfältig ausgeführt wird, angewandt werden.

b) Handelt es sich um eine Stenose extremen Grades oder bestehen membranöse Adhäsionen zwischen den Stimmbändern, die nur eine schmale Oeffnung lassen, so soll jedem Versuch, die Strictur von oben her zu erweitern, die Tracheotomie vorausgehen. Solche Fälle sind es, in denen ein tödtliches Oedem eintreten kann, bevor ein Intubationsrohr richtig eingeführt ist.

c) Tracheotomie mit nachfolgender Laryngofissur bietet die besten Chancen für eine dauernde Heilung, wenn viel Narbengewebe vorhanden ist, das die Glottis durch Zusammenwachsen der Stimmlippen verschliesst.

EMIL MAYER.

89) **Wiedel** (Bockenem). **Ueber einen Fall von geschwürig zerfallenem Gummi im Kehlkopf bei einem congenital-syphilitischen Kinde von 6 Monaten.** *Dissert. Berlin 1905.*

Ein zwei Monate altes Kind erkrankte nacheinander an Parrot'scher Pseudoparalyse, Otitis media, Cystitis und Bronchopneumonie, an der es schliesslich zu Grunde ging. Von Seiten des Kehlkopfes zeigte sich während dieses Krankheitsbildes als einziges Symptom eine mehr oder minder stark auftretende Heiserkeit. Bei der Section überraschte das Bild einer tiefgreifenden geschwürigen Zerstörung des Kehlkopfes, die, von der Vorderwand ausgehend, die Stimmbänder völlig zum Zerfall gebracht hatte.

SEIFERT.

90) **Paul Reinhard. Broncheskopie bei Syphilis der tieferen Luftwege.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrnheilkunde etc. No. 11. 1905.*

Bei einer 32jährigen, an Athembeschwerden leidenden Frau liess sich durch directe, obere Tracheoskopie „eine ausgedehnte Erkrankung der trachealen Wandung und der Schleimhaut der Bifurcationsgegend" constatiren. Eine entsprechende antiluetische Behandlung bewirkte eine Abheilung des Krankheitsherdes unter Narbenbildung, die gleichfalls tracheoskopisch constatirt wurde. Die angeschlossene Bronchoskopie ergab in einem Abstande von 27 cm von der Zahnreihe im rechten Stamm-Bronchus eine ringförmige Stenose mit einer Lichtung von 2 mm. Diese diaphragmaförmige Stenose befand sich unterhalb der Theilungsstelle des rechten Oberlappenbronchus.

HECHT.

91) **Gherardo Ferreri. Beitrag zur Behandlung der Kehlkopftumeren. (Contributo alla cura dei tumori laringei.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Larinlogia. November 1905.*

Verf. giebt die Beschreibung und Abbildung einer von ihm seit einiger Zeit gebrauchten Kehlkopfzange. Das Instrument besteht aus einem Handgriff mit auswechselbaren Ansätzen, Zangen, Curetten etc. Im Anschluss daran berichtet er über 11 mittels dieses Instrumentes operirte Tumoren. In jedem Fall ist der histologische Befund gegeben. Verf. spricht auch die Meinung aus, man solle, wo Intoleranz der Patienten, Grösse oder Sitz oder Gefässreichthum der Tumoren eine endolaryngeale Operation nicht gut ausführbar erscheinen lassen, lieber die Tracheotomie nnd Laryngofissur machen.

FINDER.

92) **Citelli. Wissenschaftlicher Brief über die hypoglottischen Tumoren. (Corrispondenza scientifica sui tumori ipoglottici.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio, della gola e del naso. IX. 1905.*

Der an den Herausgeber gerichtete Brief geht auf die in zwei Arbeiten (ref. Centralbl. 1905, S. 350 und 1906, S. 142) behandelte Frage über die Localisation der subglottischen Tumoren zurück. Verf. nimmt Martuscelli gegenüber in Anspruch, als der erste die Leisten im vorderen Theil der Regio subglottica beschrieben zu haben.

FINDER.

93) Citelli. **Multiple Kehlkopfpapillome nebst Papillom des linken vorderen Gaumenbogens. (Papillomi laringei multipli con papilloma del pilastro palatino anteriore di sinistra.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1906.*

Der mitgetheilte Fall betrifft eine 30jährige Frau. Verf. spricht die von ihm selbst als kühn bezeichnete Hypothese aus, dass die Papillome contagiös sein können und dass sich dadurch ihr multiples Vorkommen im Kehlkopf erklären lasse, aber auch das Vorkommen der Papillome am Gaumenbogen. Letzteres soll so erklärt werden, dass Stückchen der Tumoren beim Husten, Schreien etc. gegen den Gaumenbogen geschleudert werden.

FINDER.

94) J. v. Bókay (Budapest). **Mittheilungen aus der Intubations-Praxis. Noch ein Wort über die locale Behandlung des Larynx-Decubitus. (Közlemények az intubatiós gyakorlatból. Még egyszer a gégeboli decubitusok helyi kereléséröl.)** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1905.*

v. Bókay hat bereits im Jahre 1891 in Halle, ferner 1895 in der Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Lübeck, auf die Erfahrung über 763 Fälle gestützt, ausgesprochen, dass in Anbetracht dessen, dass unter seinen durch Intubation geheilten Fällen bei 16,2 pCt. die Dauer der Intubation über 120 Stunden ging, er nicht die Meinung derjenigen Verfasser theile, welche in Fällen, wo innerhalb 5 × 24 Stunden die definitive Extubation nicht gelingt, zur Vermeidung schwerer Decubitusgeschwüre die secundäre Tracheotomie ausführen. v. Bókay meint, dass der Zeitpunkt der secundären Tracheotomie zu keinem bestimmten Termin feststellbar ist, die blutige Operation wird wohl durch die zweifellose Anwesenheit eines schweren Decubitus indicirt, die blosse Furcht vor einem Decubitus ist aber noch keine Indication. Dieser Standpunkt ist durch die Einführung der auf seinen Vorschlag mit Gelatine überzogenen und mit Alaunpulver imprägnirten Bronce-Heiltuben insofern abgeändert worden, dass Verf. nunmehr die Indication der secundären Tracheotomie noch enger zieht und nur für die Fälle zugiebt, wo die definitive Extubation selbst nach methodischer Anwendung seiner präparirten Heiltuben unausführbar bleibt und wo eine ausgebreitete Destruction des Ringknorpels angenommen werden muss. Verf. hat in der Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Hamburg 1901 über 16 auf diese Weise geheilte Fälle berichtet, welchen er diesmal noch weitere 8 Fälle zufügt. Die sehr lehrreiche Abhandlung muss im Original nachgelesen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

95) Nowotny. **Therapie der Tracheal- und Bronchialstenosen mittels der sogenannten oberen und unteren Tracheo- und Bronchoskopie. (Leczenie zwezen tchawicy i oskneli przytracheo skopii i bronchoskopii górnej i dobhiej.)** *Przeglad.*

Verf. beschreibt in einer grösseren Arbeit genau die Technik und Indication wie auch Contraindicationen bei diesen Verfahren, welche er in der Klinik des Prof. Pieniazek-Krakau wie auch in der Privatpraxis in mehreren Fällen zum diagnostischen wie auch therapeutischen Zwecke angewendet hat. Bei gutartigen Neubildungen gelang es ihm mehrmals mittelst dieses Verfahrens radical die ge-

nannten Neubildungen zu entfernen. Bei bösartigen gelangt man mittelst der Bronchoskopie zur genauen Localisation des Tumors, genauerer Diagnose durch Entfernung eines Stücks zur mikroskopischen Untersuchung, wie auch in einigen Fällen zur temporären Beseitigung der Trachealstenose mittelst Einführung der Trachealröhrchen. Ebenfalls mittelst Tracheo- und Bronchoskopie gelingt manchmal die Beseitigung syphilitischer oder skleromatischer Infiltration der Trachea und Bronchien. Die grösste Verwendung aber findet die Tracheo- und Bronchoskopie bei Entfernung der Fremdkörper, welche in die Trachea oder Bronchien eingeklemmt wurden, was Verf. mit einigen Fällen illustrirt.

Dem Verfasser nach dürfte die Tracheo-Bronchoskopie eine breitere Anwendung finden bei vielen Fällen von Tracheo- und Bronchostenosen syphilitischer und skleromatischer Veränderung dieser Organe, worüber Verf. bereits früher im 17. Bande des Arch. für Laryngologie entsprechende Veröffentlichungen gemacht hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

96) **A. Hongardy** und **L. Langstein. Stoffwechselversuch an einem Fall von infantilem Myxödem.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. XLI. H. 4.*

In der Vorperiode und in der Thyreoidinperiode wurden N. und P. retinirt In beiden Perioden war das Verhältniss Harnstoff zu Gesammt-N und der Ammoniakquotient normal. Aminosäuren wurden nicht gefunden. In der Thyreoidinperiode wurde procentisch und absolut viel mehr Kalk retinirt; dies deutet hin auf eine Verminderung des Kalkstoffwechsels beim infantilen Oedem.

J. KATZENSTEIN.

97) **S. Aeschbacher. Ueber den Einfluss krankhafter Zustände auf den Jod- und Phosphorgehalt der normalen Schilddrüse.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 15. H. 3 u. 4. S. 269.*

Die acuten Infectionskrankheiten bedingen eine Verminderung des Jodgehalts der Schilddrüse theils durch Colloidschwund, theils durch Jodarmuth des vorhandenen Colloids. Bei Tuberculose kommt entsprechend der Atrophie und Sklerose des Organs eine Verminderung des absoluten Jodgehalts zu Stande, während der relative dem allgemeinen Durchschnittswerthe entspricht. Erkrankungen des Circulationsapparats bewirken eine Verminderung des relativen und absoluten Jodgehaltes. Der chronische Alhoholismus scheint wie auf die histologische Beschaffenheit der Drüse, so auch auf deren Jod- und Phosphorgehalt eine schädigende Wirkung auszuüben.

J. KATZENSTEIN.

98) **Jacques** (Nancy). **Zwei Fälle von Ectopie der Schilddrüse. (Deux cas d'ectopie thyroidienne.)** *Société de Biologie. 23. December 1905.*

In den beiden Fällen handelte es sich bei fehlender Schilddrüse um sublinguale Geschwülste; Verf. vermuthet, dass es sich um ectopirte Thyreoidea handelt.

PAUL RAUGÉ.

99) **Bolter** (Ramsen). **Vier Beobachtungen von Strumitis.** *Dissertat. Zürich-Selnau 1904/5.*

Die Fälle stammen aus der chirurgischen Universitätsklinik von Zürich. Sie vertheilen sich fast genau gleich auf die beiden Geschlechter. Die Infectionserreger waren hauptsächlich Strepto- und Staphylococcus pyogenes und Bacterium coli. Verf. erklärt die Strumitis als eine meist infectiöse Entzündung, die sich an primäre Erkrankung des Körpers anschliesst, und in diesem Fall eine primär metastatische Infection sei. Sie könne aber auchals metastatischer Herd secundären Charakters auftreten. Häufiger sei sie eine Mono- seltener eine Mischinfection. Die Behandlung besteht in breiten Incisionen; bei Vereiterung von Cysten in Enucleation der letzteren. Die Prognose dürfe wegen des immer möglichen Durchbruchs in die Trachea oder das Mediastinum niemals zu günstig gestellt werden.

JONQUIERE.

100) **W. Gilman Thompson. Klinische Bemerkungen über Morbus Basedow (Clinical notes on exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. Februar 1906.*

Die Behandlung basirt auf der Beobachtung von über 40 Fällen, von denen einige mit cytotoxischem Serum behandelt wurden. Gegenstand der Untersuchung ist, die Wichtigkeit gewisser Symptome hervorzuheben, die mehr für den toxischen, als für den neurotischen Charakter der Erkrankung sprechen. In fast allen schweren und wahrscheinlich allen tödtlichen Fällen treten schliesslich Fieberexacerbationen auf, begleitet von acuter Herzdilatation, Herzgeräuschen, intensiver Präcordialangst, oft gastrischen oder anderen abdominalen Schmerzen, Anfällen von Erbrechen und Diarrhoe, Erstickungsgefühl, Schlaflosigkeit und grosser Unruhe, erythematöser Röthung und Oedem an Füssen und Beinen. Diese Symptomengruppe spricht deutlich für den Einfluss von Toxämie in Folge Hyperthyreoidismus. Der Effect des Rogers'chen cytotoxischen Serum bestand darin, den Hyperthyreoidismus zu verhindern. Dieses Serum wird aus der erkrankten menschlichen Schilddrüse bereitet, die man extrahirt und durch lebendes Kaninchenblut gehen lässt. Das resultirende Serum enthält ein Antitoxin und Cytotoxin. In 16 von den 43 Fällen des Verf. wurde eine acute Exacerbation hervorgerufen durch intercurrente Erkrankungen, eine Bronchitis, Pharyngitis und acute Tonsillitis.

LEFFERTS.

101) **John Rogers. Die Behandlung des Morbus Basedow mittels eines specifischen Serum. (The treatment of exophthalmic goitre by a specific serum.)** *The Journal of the American Medical Association. Februar 1906.*

Die verschiedenen Sera werden mit A, B, C und D bezeichnet. Zehn Fälle wurden mit Sera A, B, C behandelt; davon wurden drei völlig geheilt, drei wurden über einen kritischen Zustand hinweggebracht und sind der Heilung nahe gebracht, die andern mehr weniger gebessert. Es beruht in der Auseinandersetzung viel auf Vermuthungen und Hypothesen und wenig ist thatsächlich bewiesen.

EMIL MAYER.

102) **S. P. Beebe. Präparation eines Serum zur Behandlung des Morbus Basedow. (Preparation of a serum for the treatment of exophthalmic goitre.)** *The Journal of the American Medical Association. 17. Februar 1906.*

Das cytolytische Serum, mit dem experimentirt wurde, wurde gewonnen durch die Injection von Nucleoproteiden einiger Organe, wie Leber und Nieren. Verf. setzt die Gründe auseinander, die ihn bewegen, die Nucleoproteide für seine Zwecke zu wählen. Er glaubt, dass man in dem durch die therapeutische Anwendung erzielten Resultate mehr als einen blossen Zufall sehen müsse. In der Anwendung eines activen Antiserums, das aus menschlichem Gewebe hergestellt ist, sieht er eine gewisse Gefahr; sie muss mit grosser Vorsicht erfolgen. Allarmirende Erscheinungen sind bereits nach Injection von 1 ccm solchen Serums aufgetreten. Verf. schliesst mit den Worten: „Wir haben grade Licht genug in die Frage gebracht, um die Finsterniss noch intensiver zu gestalten.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

103) **Capart jr.** (Brüssel). **Divertikel des Speiseröhreneingangs. Operation. Heilung. (Diverticle de l'entrée de l'oesophage. Opération. Guérison.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1905.*

Vergleiche Bericht über die Jahresversammlung der Belg. otolaryngol. Gesellschaft vom 11. Juni 1904.

BAYER.

104) **R. Marie** (Paris). **Mikrocysten des Oesophagus. (Microkystes de l'oesophage.)** *Société anatomique. 22. December 1905.*

M. hat bei einem 45jährigen Tuberculösen eine grosse Anzahl mikroskopisch grosser Cysten in der Schleimhaut des Oesophagus gefunden. Die Wand der Cysten war ausgekleidet mit cubischem Pflasterepithel. Sie fanden sich längs des ganzen Oesophagus.

PAUL RAUGÉ.

105) **C. Plumner. Ein Fall von Oesophagusstrictur nach Typhus. (A case of stricture of the oesophagus following typhoid fever.)** *Illinois Medical Journal. December 1905.*

Patient war ein 17jähriger Jüngling. Die Gastrotomie wurde gemacht, danach ein Faden vom Munde aus durch die Strictur in die Magenfistel gezogen; durch allmälige Dilatation wurde es schliesslich dahin gebracht, dass ein Oesophagusbougie No. 28 leicht eingeführt werden konnte.

EMIL MAYER.

106) **Bluyden** (Boulogne-sur-mer). **Extraction eines im Oesophagus festsitzenden Gebisses durch die Gastrotomie. (Extraction d'un dentier arrêté dans l'oesophage par la gastrotomie.)** *Société de Chirurgie. 10. Januar 1906.*

Der Fremdkörper war 30 cm von den Schneidezähnen entfernt eingekeilt. Es wurde vorgezogen, ihn nach unten zu stossen und an Stelle der Oesophagotomie lieber die Gastrotomie zu machen. Der Versuch, vom Magen aus den Fremd-

körper mittelst einer Pincette zu fassen, misslang. Verf. führte nun vom Munde aus ein Bougie mit olivenförmiger Spitze in den Magen, bediente sich dieses als Führer, führte seine Hand in den Magen, den Zeigefinger in den Oesophagus ein und konnte so den Fremdkörper ergreifen und extrahiren. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Januar 1906.

Vorstandswahl: Vorsitzender: B. Fränkel; 1. Stellvertreter: Landgraf; 2. Stellvertreter: P. Heymann; 1. Schriftführer: A. Rosenberg; 2. Schriftführer: Grabower; Kassenwart: Schötz; Bibliothekar: Kuttner.

Börger stellt einen 76jährigen Patienten mit einem pflaumengrossen, grauröthlichen, höckerigen, aus dem Ventrikel kommenden und das Lumen des Larynx verlegenden Tumor vor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Sarkom erweist.

Mankiewicz theilt mit, dass nach dem Protokoll der medicinischen Gesellschaft in Lyon 1836—38 Baumès schon laryngoskopisch Entzündungen und Ulcerationen des Kehlkopfes festgestellt habe.

Alexander zeigt eine mit mehreren Ansätzen versehene Spritze zur submucösen Injection von Cocain-Adrenalin.

Lennhof demonstrirt 1. eine Patientin mit Kehlkopftuberculose, die sich während und besonders nach der Gravidität verschlechtert hat. Es entwickelt sich eine längere Discussion über die Deutung der Veränderung an dem Taschenbande und die einzuschlagende Therapie (Kuttner, Grabower, Rosenberg, E. Meyer, Katzenstein, Lennhof); 2. zwei Fälle von Lichen ruber planus der Mund- und Rachenhöhle.

Sitzung vom 9. Februar 1906.

Jacob stellt einen Patienten mit Fractur beider Nasenbeine vor.

Lennhof zeigt die Abbildung eines dritten Falles (s. vorige Sitzung) von Lichen ruber planus der Zunge.

Während Börger und E. Meyer Einwände gegen die Richtigkeit der Diagnose erheben, sucht Lennhof dieselbe eingehend zu begründen.

B. Fränkel zeigt einen von Longhi entworfenen Kupferstich aus dem 18. Jahrhundert, der die Pharyngoskopie bei einer heiseren Sängerin darstellt.

Kuttner: Kritische Betrachtung über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.

In Bezug auf die motorische Kehlkopflähmung bei progredienter Erkrankung des Recurrenscentrums vertritt Niemand mehr eine von der Semon'schen abweichende Ansicht.

Bei progredienter Erkrankung des Recurrensstammes sind nur noch die beiden ersten Stadien strittig — verringerte Abductionsbreite und Fixirung des Stimmbandes in oder nahe der Mittellinie. Sie beruhen nach der bisherigen Annahme auf der grösseren Vulnerabilität der Erweitererfasern, die das Princip der Semon'schen Lehre ist; und dieses Princip bestreitet Broeckaert.

K. geht die verschiedenen physiologischen Versuche an Thieren durch, die die grössere Hinfälligkeit der Abductorfasern erwiesen haben. Die Ergebnisse dieser Versuche bestätigt Br., aber er deutet sie anders. Alle Fasern leiden nach ihm in gleicher Weise und dementsprechend auch die zugehörigen Muskeln; die Einbusse fällt aber bei den Oeffnern, als der weit schwächeren Muskelgruppe, stärker ins Gewicht. Er macht dabei den Fehler, die beiderseitigen Muskelgruppen als eine unveränderliche starre Masse anzusehen, ihre Wirkung setzt sich aber zusammen aus der unveränderlichen Muskelmasse und der veränderlichen Innervation. Dieser Impuls ist oft das ausschlaggebende.

K. hat nun den Fränkel-Gad'schen Versuch wiederholt und in dem Augenblick, wo die Auswärtsbewegung anfing schwächer zu werden, die Trachea des Hundes quer durchschnitten und das untere Ende zugestopft und so forcirte Inspirationsbewegungen erzwungen. Das gesunde Stimmband machte dementsprechend eine weite Abduction; das andere aber, dessen Recurrens abgekühlt war, macht im ersten Moment zwar 1—2 Bewegungen über die Cadaverstellung hinaus, dann aber, obgleich die Inspirationsanstrengungen immer stärker wurden, ging es nicht mehr über die Cadaverstellung hinaus, obwohl es bei der Exspiration noch energisch adducirt wurde. Es muss also die Schädigung der Erweiterer stärker gewesen sein als die der Schliesser.

Bezüglich der pathologisch-anatomischen Befunde weist K. darauf hin, dass, wie ihm von neuem die Untersuchungen der Muskeln von Hunden, die die schrittweise Entwickelung der Lähmungserscheinungen von 18. bis 150. Tage post op. illustriren, gezeigt haben, es sehr schwer ist, aus dem mikroskopischen Befunde zu entscheiden, wie alt eine Lähmung ist. Die atrophischen Erscheinungen sind im Anfang sehr gering, und auch bei ganz weit vorgeschrittenen, alten Lähmungen finden sich noch viele normale Stellen, und vieles, was wir als Kriterium für die Atrophie des Muskels anzuerkennen gewohnt sind, findet sich auch im normalen Muskel. Aber nichtsdestoweniger haben zuverlässige Beobachter eine stärkere Atrophie der Ab- als der Adductoren nachgewiesen; so auch Broeckaert.

Die letzte von ihm aufgestellte Hypothese sagt, dass der den Posticus versorgende atheromatöse Zweig der A. thyreoid. post. den Abductor nicht so gut mehr ernährte und in Folge dessen eine stärkere Atrophie resultirte, wie er dies in einem Falle beobachtete; oder aber die Beeinträchtigung der Ernährung geschieht indirect, indem die den Recurrens schädigende Erkrankung gleichzeitig den Halssympathicus in Mitleidenschaft zieht, in dem die die Kehlkopfmuskeln versorgenden Vasomotoren verlaufen. Es fehlt aber der Nachweis, dass der Sympathicus erkrankt ist, dass seine eventuelle Miterkrankung die Vasomotoren in seinem Sinne beeinflusst und dass die Hypämie gerade den Posticus schädigt und nicht die Adductoren.

Seine Forderung, einen Fall von peripherer Recurrenslähmung zu zeigen, in

dem nur der Posticus atrophisch, alle anderen Muskeln aber gesund sind, zeigt eine Verkennung des Grundgedankens der Semon'schen Lehre, die behauptet, dass physiologisch (nicht anatomisch) die Leistungsfähigkeit der Abductoren schneller erliegt.

Der Saundby'sche Fall beweist, dass eine allmälig fortschreitende Erkrankung des Recurrensstammes die in ihm verlaufenden, functionell verschiedenen Fasergattungen in verschiedenfachem Grade beeinträchtigt.

Die Gültigkeit des Princips, das wir als das Semon'sche Gesetz bezeichnen, ist als durchaus erwiesen zu betrachten.

(Discussion wird vertagt.) A. Rosenberg.

---

b) IX. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 24. bis 26. October 1905.

Sitzung vom 24. October.

Vorsitzender: Grazzi.

Zur Discussion steht als erstes Thema: Bedeutung, Structur und Behandlung der endonasalen Sarkome.

Der erste Referent Martuscelli (Neapel) behandelt die Aetiologie und pathologische Anatomie. Er sieht einen ätiologischen Factor in der besonderen Structur der Nasenschleimhaut, und zwar in ihrem Reichthum an adenoidem Gewebe. Die von einigen Autoren aufgestellte Theorie eines parasitären Ursprungs hält Verf. für vorläufig nicht acceptabel. Er betont, dass die Sarkome meist von präexistirenden Tumoren ausgehen, also selten primär sind. Er lässt dann die einzelnen Arten der Sarkome Revue passen: bei den Fibrosarkomen macht er auf das gleichzeitige Vorkommen der Hautsarkomatose aufmerksam, er bespricht ferner das teleangiectatische, das Myeloidsarkom, das Osteosarkom, Melanosarkom, Rundzellensarkom, Myxosarkom und schliesslich die verschiedenen Formen des Endotheliom. Die histologische Diagnose der Sarkome ist überhaupt schwer, ganz besonders aber die der endonasalen Sarkome. Es genügen dazu nicht die Kriterien der allgemeinen pathologischen Anatomie, sondern es gehört zur Erkenntniss der Characteristica der endonasalen Sarkome eine ganz besondere Uebung. In Folge der Reibung zwischen Tumor und Nasenwandung entstehen oberflächliche Macerationen auf jenem. In Folge irritirender Umstände, wie Verletzung bei Versuchen des Patienten, sich selbst von dem Hinderniss in der Nase zu befreien, oder durch Einfluss von Staub, Tabak etc. entsteht ein entzündlicher Zustand, in Folge dessen es zu einer Zellproliferation und zur Neubildung eines dem embryonalen ähnlichen Gewebes kommt. Da jeder voluminöse Nasentumor solchen Traumen ausgesetzt ist, so bietet jeder nach der Exstirpation hier oder da ein sarkomatöses Aussehen. Syphilome, Tuberkulome, Rhinosklerom kann zu Verwechslungen mit Rundzellensarkom leicht Anlass geben. Bei der Differentialdiagnose denke man daran, dass die chronischen Granulationsgeschwülste arm an Blutgefässen sind und meist Coagulationsnekrose in Folge regressiver Vorgänge aufweisen, während die Sarkome gefässarm sind und keine regressive Metamorphose zeigen.

Die Thatsache, dass die endonasalen Sarkome bisweilen nicht die Malignität besitzen, wie die Sarkome der anderen Körperregionen, erklärt Redner folgendermaassen:

1. Die in der Nase vorkommenden Formen der Sarkome gehören zu den gutartigeren (Fibrosarkome, Myxosarkome), während die Rundzellensarkome seltener sind.

2. Die Geschwülste sind gestielt und zwar ist der Stiel häufig sehr dünn; ferner beginnt die sarkomatöse Metaplasie an den peripherischen und daher von der Schleimhaut der Insertionsstelle entferntesten Punkten.

3. Die Modalität dieser Metaplasie, die in ihrem Verlauf sehr langsam ist, bringt es mit sich, dass der Tumor häufig abgetragen wird, bevor die Läsion sich bis zur Basis ausgebreitet hat.

4. Da die Metaplasie rings um die Capillaren in den Myxomen beginnt, so begegnet man dem peri- oder endothelialen Typus und daher beobachtet man einen relativ gutartigen Verlauf.

Der zweite Referent ist U. Calamida: Redner hat in der Literatur 298 Fälle ausfindig gemacht. Das klinische Stadium theilt er in drei Perioden: das erste ist durch vage Beschwerden in der Nase und häufiges Nasenbluten, das zweite durch die progressiv zunehmende Nasenstenose, schleimig-eitrige Secretion, Schmerzen verschiedener Art und Stärke, Anosmie, einen gewissen Grad von Rhinolalie, Anosmie, bisweilen asthmatische Anfälle und spontanes Ausschnauben von Tumorstückchen charakterisirt. Im dritten Stadium wächst der Tumor in die benachbarten Höhlen und Organe hinein; es entstehen Deformationen des knöchernen Nasengerüstes und des harten Gaumens, der Tumor geht in die Oberkieferhöhle, Orbita und Schädelhöhle.

Redner bespricht dann die Differentialdiagnose; bezüglich der Prognose ist er der Ansicht, dass die von manchen behauptete, angeblich relative Hartnäckigkeit der Nasensarkome wahrscheinlich nur auf klinischen und mikroskopischen Irrthümern beruht.

Redner geht sodann zur Behandlung über. Nach der Erwähnung der medicamentösen Therapie (Arsen innerlich, locale Application chemischer Caustica, interstitielle Injectionen verschiedener Medicamente) bespricht R. die physikalischen Methoden (Röntgenstrahlen, hochfrequente Ströme, Finsenlicht, Radium), um dann zu der chirurgischen Behandlung überzugehen. Nach kurzer Besprechung der indirecten Methoden (Elektrolyse, Galvanokaustik und Unterbindung der Carotiden) geht Redner ausführlicher auf die directen chirurgischen Behandlungsarten ein, zunächst die endonasalen mit kalter, warmer Schlinge, Zerstückelung des Tumors etc. Bei den radicaleren Operationsmethoden werden je nach dem Zugangsweg vier Kategorien unterschieden, die palatine, nasale, maxillare und nasomaxillare.

Des Referenten Meinung geht dahin, dass in den Fällen, in denen das Sarkom noch in seiner Insertion und Ausbreitung beschränkt und leicht zugänglich ist, man versuchen soll, es per vias naturales zu entfernen; in den übrigen Fällen bieten die radicaleren Methoden mehr Chancen.

Poli: Granulom oder Sarkom der Nasenscheidewand.

51jähriger Mann, bei dem sich innerhalb 20 Jahren eine linksseitige Nasenverstopfung herausgebildet hat. Der Tumor ragte schon aus der Nase heraus. In Narkose wurde von aussen her incidirt und das Septum in weitem Umfang resecirt. Nach 6 Monaten zeigte Pat. ausserhalb des ursprünglichen Operationsfeldes einen braunen Knoten und in der linken Submaxillargegend eine geschwollene Drüse. Es ergab sich, dass das Knötchen ein Melanosarkom und die Drüse eine Metastase darstelle. Seitdem sind keine weiteren Metastasen aufgetreten.

Tommasi: 1. Fibrosarkom der mittleren Muschel.

2. Fibrosarkome des Nasenrachens.

Anderweitig erschienen. Ref. diese Nummer S. 220.

Discussion:

Orlandini berichtet über einen Fall mit tödtlichem Ausgang.

Gradenigo theilt einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall mit. Obwohl der Fall tödtlich endete, liessen sich doch an den von den Röntgenstrahlen erreichten Theilen des Tumors deutliche Veränderungen nachweisen. G. glaubt, dass die im oberen Theil der Nasenhöhle inserirenden Sarkome eine günstige Prognose geben.

D'Ajutolo erwähnt einen Fall von teleangiectatischem Sarkom, der durch endonasale allmälige Abtragung und äussere Application sowie interstitielle Injection von einer Alkohol-Phenol-Menthollösung völlig geheilt ist.

Dionisio hat eine Heilung mit Röntgenstrahlen beobachtet.

Calamida: Der Blutdruck bei Nasenstenose.

C. hat in seinen Fällen — endonasalen Stenosen und adenoiden Vegetationen — den Blutdruck mit dem Riva-Rocci'schen Sphygmomanometer gemessen. In Fällen starker Nasenstenose ist der Blutdruck über die Norm erhöht und zeigt nach deren Beseitigung durch einen operativen Eingriff eine erhebliche Abnahme. Bei mässiger Nasenstenose ist keine merkliche Aenderung des Blutdruckes wahrnehmbar.

J. Dionisio: 50 Fälle von Ozaena mittelst Bestrahlung geheilt.

Die in 48 Fällen erzielten Besserungen und wirklichen Heilungen datiren zum Theil seit über 3 Jahren. In der letzten Zeit hat D. die Apparate so vervollkommnet, dass nur noch 80—100 Sitzungen, zu je einer Stunde Dauer nöthig sind.

A. Orlandini und Ciampolini: Resultate bei den ersten 25 mit Toti'scher Methode behandelten Fällen von chronischer Eiterung der Thränen-Nasenwege.

Redner haben bei den mittelst der „Dacryocystorhinostomie" operirten Fällen besonders auf die rhinoskopische Untersuchung Gewicht gelegt. Sie fanden in $^4/_5$ der Fälle auf der der Thränengangerkrankung correspondirenden Seite der Nase Veränderungen und zwar in 8 Fällen hypertrophische untere Muscheln, in 6 Fällen Ethmoiditis, 4 mal fand sich Ozaena, bei einem Kinde waren adenoide

Vegetationen und in einem Falle erhebliche Septumdeviation. Bis auf einen Fall, in dem ein Recidiv auftrat, wurde in allen übrigen durch die Operation dauernde Heilung erzielt.

Rossi Marcolli (Neapel): Ueber chronisches Stirnhöhlenempyem in Bezug zur Geruchsfunction.

Verf hat an Hunden Versuche angestellt, die darin bestanden, dass er in die Stirnhöhle Wattetampons brachte, die bei einem Thiere mit virulenter Cultur von Staphylococcus aureus, beim zweiten mit Cultur von Typhusbacillen getränkt war. Es entstand eine Entzündung der Sinusschleimhaut, Läsionen der Schleimhaut der Muscheln und des Canalis naso-frontalis; Veränderungen der Regio lutea und der Bulbi olfactorii waren nicht zu constatiren.

S. Pusateri (Turin): 1. Beitrag zum Studium der penetrirenden Wunden der Nasenhöhlen.

P. hat den Heilungsprocess aseptischer Wunden der Nase beim Hunde studirt und giebt einen Bericht über die Resultate seiner Experimente.

2. Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Fremdkörper in den Nasenhöhlen.

Die am Kaninchen ausgeführten Untersuchungen ergaben:

1. Vom 3. bis 105. Tage: Atrophie des knöchernen Gerüstes, Nekrose des knöchernen und knorpeligen Gerüstes, der äusseren Wand der Nasenhöhle, Deviation des Septum und bisweilen Perforation desselben.

2. Nach 2 Monaten scheint die Schleimhaut verdickt mit cystischen Bildungen versehen; das Epithel ist mehrschichtiges Cylinderepithel.

3. Schon von den ersten Tagen an kann eine Eiterung einsetzen, die gegen den dritten Monat verschwindet; das Secret wird fester und es entsteht ein der Rhinitis caseosa ähnliches Krankheitsbild.

4. Von den Nasenhöhlen aus kann das stagnirende eitrige Secret sich nach aussen durch weniger resistente Stellen der Nasenwand hindurch Bahn brechen; es kann bisweilen eine gegen die Schädelhöhle ascendirende Infection durch die Löcher der Lamina cribrosa des Siebbeins erfolgen.

5. Der Fremdkörper kann zuweilen nach Nekrotisirung der Septumschleimhaut im neugebildeten Bindegewebe eingebettet werden.

Orlandini: Beitrag zum Studium der Kehlkopfmuskeln und ihrer Variationen.

O. hat seine Studien am anatomischen Institut in Florenz angestellt. Seine Untersuchungen betreffen 58 männliche und 42 weibliche Kehlköpfe; ferner 10 Kehlköpfe von Kindern und 4 von Neugeborenen. Zum Vergleich hat er auch die Kehlköpfe einiger Säugethiere und niederer Wirbelthiere untersucht. Er theilt die Muskeln in 3 Gruppen:

1. Cricothyreoid-Muskeln. Sie bilden mit dem Constrictor inferior pharyngis, mit dem sie jedoch normaliter jeden Zusammenhang verloren haben, den Sphincter externus laryngis.

2. Erweiterer der Glottis: Crico-arytaenoideus posticus.

3. Verengerer der Glottis: Crico-arytaenoideus lateralis, thyreo-arytaenoideus superior und inferior, arytaenoideus transversus und obliquus. Diese letzteren Muskelgruppen bilden den Sphincter internus laryngis.

O. giebt nun von jedem einzelnen Muskel eine detaillirte — hier nicht wiederzugebende — Beschreibung. Er hat in jedem Falle geprüft, ob der Muskel einfach ist oder dazu neigte, sich in mehrere Bündel zu theilen; er hat die Beziehungen zweier Muskeln zu einander und zu den Nachbarorgenen studirt. Dann beschreibt er die Variationen der Insertion und etwaige Anormalitäten.

Finder.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Wladislaus Wróblewski †.

Am 18. April 1906 starb in Warschau im rüstigen Mannesalter (46 Jahre alt) der bekannte Laryngologe Dr. Wróblewski, seit vielen Jahren Vorsteher der Abtheilung für Laryngologie am evangelischen Krankenhause in Warschau. Wróblewski hat im Laufe der zwei letzten Jahrzehnte eine ganze Reihe von Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngorhinologie in polnischer Sprache veröffentlicht. Ein Theil derselben wurde im Archiv für Laryngologie dem deutschen Leser zugänglich gemacht. Wir erwähnen besonders:

1. Ueber Pharynxtuberculose. 2. Ueber acuten Nasenscheidewandabscess. 3. Zur Operationsfrage der Nasenrachenwandtumoren. 4. Ueber Rhinitis caseosa. 5. Empyema acutum Antri Highmori. 6. Ueber Resection der unteren Nasenmuschel.

Wróblewski war eines der eifrigsten Mitglieder der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft, an deren Sitzungen er lebhaften Antheil nahm und in welcher er oft interessante casuistische Fälle demonstrirte. Er war nicht nur ein tüchtiger Laryngologe, sondern auch ein höchst liebenswürdiger College, und sein plötzlicher und unerwarteter Tod wurde überall von seinen Standesgenossen aufrichtig empfunden. R. i. p.! A. v. Sokolowski.

Bei der böhmischen Universität in Prag ist ein neues laryngologisches Institut errichtet und die Leitung desselben dem a. ö Prof. Dr. O. Frankenberger übertragen worden.

Dr. Ch. Goris (Brüssel) ist zum Ritter des belgischen Leopoldordens ernannt worden.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Dreizehnte Versammlung zu Heidelberg
am Pfingstmontag.

Programm.

Angemeldete Vorträge und Demonstrationen.

1. Herr Gutzmann-Berlin:
   Ueber die Tonlage der Sprechstimme.
2. Herr Kuhn-Cassel:
   Die perorale Tubage (Kuhn) in der Pharyngo-Rhinologie.

3. Herr Killian-Freiburg:
   Kleinere Mittheilungen und Demonstrationen.
4. Herr Seifert-Würzburg:
   Beitrag zur Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.
5. Herr Dreyfuss-Strassburg:
   Die Stellung der Laryngologie bei der Bekämpfung der Tuberculose.
6. Herr Winckler-Bremen:
   Bakteriologische Befunde bei Nasen- und Rachenaffectionen nebst Schlussfolgerungen für die Praxis.
7. Herr L. Polyak-Budapest:
   a. Hyperämie als Heilmittel bei Erkrankungen der oberen Luftwege,
   b. Handgriff und Kneipzangen für bronchoskopische Zwecke.
8. Herr Mink-Deventer:
   Beiträge zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der oberen Luftwege.
9. Herr Hansberg-Dortmund:
   Laryngotomie bei angeborener Membranbildung im Kehlkopf.
10. Herr Fischenich-Wiesbaden:
    Syphilis des Nasenrachenraums mit Exitus letalis.
11. Herr Brühl-Schömberg:
    Zur Behandlung der Lungentuberculose in Heilanstalten.
12. Herr Blumenfeld-Wiesbaden:
    Zur Diagnose des tiefsitzenden Pharynxcarcinoms.
13. Herr Schilling-Freiburg:
    Tuberculose des Rachen-Daches.

Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.

Firenze, 20 Aprile 1906.

Caro e Stimato Collega,

Il X Congresso della nostra Associazione avverrà nei giorni di Lunedì, Martedì e Mercoledì, 17, 18 e 19 Settembre in Milano in una Sala del Palazzo Dugnani in Via Manin, N. 2, messo cortesemente a disposizione della nostra Società per detta epoca dall'Onorevole Sindaco di quella illustre Città. Il medesimo Magistrato mi fa sapere che tutti i Soci, muniti della tessera del nostro Congresso, avranno libera entrata ai Civici Musei, e quale ricordo del Comune sarà offerto a ciascuno un esemplare della monografia „Milano nel 1906".

Le ricordo che i Temi scelti per la discussione generale del Congresso di Milano sono i seguenti:

„Sui metodi clinici per l'esame del senso dell'equilibrio nelle affezioni auricolari". — Relatori: Nuvoli dott. Guiseppe; Ostino prof. Giovanni; Rugani dott. Luigi.

„Corpi stranieri nella laringe, trachea e bronchi". — Relatori: De Carli dott. Deodato; Federici dott. Federico; Melzi dott. Urbano; Tanturri dott. Domenico.

I sunti delle relazioni, afinchè possono essere stampati e portati per tempo a cognizione dei Soci, dovranno essere spediti al Segretario della Società, Sig. dott. Ottavio Lunghieri, Via di Città N. 13, Siena, non più tardi del primo Agosto p. v., ed i titoli delle Comunicazioni che ella intende fare al Congresso dovranno essere inviati al Segretario medisimo non oltre il giorno 21 Agosto p. v. Nei prim giorni di Settembre le sarà spedito il programma definitivo del Congresso ed i fogli per le riduzioni ferroviarie.

Die Laryngologie und die allgemeinen internationalen Congresse.

Der Lissabonner Congress, der während seiner Vorbereitungen zu so bedauerlichen Differenzen geführt hat, schliesst leider auch mit keinem hoffnungsvollen Ausblick auf die Zukunft ab. Es ist schwer, sich aus den höflichen und für die genossene Gastfreundschaft dankbaren Berichten, die mir bis jetzt zugänglich gewesen sind, ein richtiges Bild von den Verhandlungen zu machen. Ich sehe ganz von der Unzufriedenheit aller derjenigen Theilnehmer, die ich gesprochen habe, mit den wissenschaftlichen Leistungen ab, und ziehe auch vor, so wenig wie möglich darüber zu sagen, dass einige — glücklicherweise ganz vereinzelte — Laryngologen es trotz der einmüthigen, ihnen bekannten Beschlüsse der laryngologischen und otologischen Welt es für gut befunden haben, Vorträge für die laryngologische Subsection anzumelden. „Esprit de corps“ ist offenbar nicht jedermanns Sache. —

Aber was viel bedauerlicher ist, ist die Thatsache, dass die eigentlich selbstverständliche Forderung nach der Einsetzung eines permanenten Centralbüreau's nicht durchgedrungen ist, „wesentlich infolge der von vornherein ablehnenden Haltung, welche das Organisationscomité in Lissabon einnahm“, wie es in der Berliner klinischen Wochenschrift (14. Mai 1906, S. 659) heisst. Für uns will das bedeuten, dass unsere Stellung bei diesen allgemeinen internationalen medicinischen Congressen, wie bisher, vollständig von der Willkür des betreffenden localen Organisationscomité's abhängig bleibt! — Steht auch nicht zu befürchten, dass sich beim nächsten Congress, der 1910 in Budapest abgehalten werden soll, die unwürdigen Bestimmungen für die laryngologische Abtheilung wiederholen werden, welche den letzten Congress gekennzeichnet haben, so bleibt nichtsdestoweniger die Thatsache bestehen, dass unsere Stellung bei diesen Gelegenheiten eine ganz unsichere und unbefriedigende ist. Es kommt mir wahrlich schwer an, einsehen zu müssen, wie vergeblich die ein Vierteljahrhundert lang fortgesetzten Bemühungen gewesen sind, für unsere Specialität eine würdige und gesicherte Stellung im Rahmen der Gesammtmedicin zu erringen, aber es nützt nichts, seine Augen den Thatsachen zu verschliessen. Wir sind dazu gedrängt, uns eine eigene internationale Organisation zu schaffen und müssen uns jetzt im Jahre 1908 in Wien eine solche gründen. Man verschone uns später mit Vorwürfen über angebliche separatistische Gelüste der Laryngologen!

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, Juli. 1906. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Der Herausgeber des British Medical Journal** (London). **Eine Prioritätsfrage. (A question of priority.)** *Brit. Med. Journal. I. p. 937. 1906.*

Unter obigem Titel veröffentlicht der Herausgeber in Form eines Leitartikels, dessen Inhalt im Folgenden kurz wiedergegeben werden soll, einen Beitrag zuder Controverse, die in der Berliner klinischen Wochenschrift bezüglich der Prioritätsansprüche bei der Entdeckung des Kehlkopfspiegels durch Garcia, Türck und Czermak entstanden ist. Prof. Joseph Kohler (Berlin) widersetzt sich den Ansprüchen Garcia's und lässt Türck die Ehre zu Theil werden, der Erfinder der Laryngoskopie zu sein, während er Czermak zugesteht, dass er die Technik verbessert und die klinische Anwendung der Methode verbreitet hat.

Der Herausgeber giebt die Empfindungen wieder, die durch diese Behandlung der Garcia'schen Ansprüche geweckt werden und drückt seine Freude darüber aus, dass Sir Felix Semon durch sein promptes Eingreifen es unmöglich gemacht hat, dass die Collegen in Deutschland sich über das verdienstvolle Werk Garcia's in Unkenntniss oder Missverständniss befinden. In seiner Erwiderung an Prof. Kohler (Berl. klin. Wochenschr. No. 10) giebt Sir Felix Semon einen Ueberblick über die ganze Frage, aus dem man die Ueberzeugung gewinnt, dass Manuel Garcia der wirkliche Erfinder der Laryngoskopie war. Der erste, der in systematischer Weise Untersuchungen an Kranken anstellte, war Türck, obwohl er den Werth der Methode für klinische Zwecke nicht erkannte, während man Czermak das Verdienst zusprechen muss, die Laryngoskopie in die klinische Medicin eingeführt zu haben.

Im Besitz seines Thatsachenmaterials hat Sir Felix Semon keinerlei Schwierigkeiten, sich mit den theoretischen Einwänden Prof. Kohler's über den Grundbegriff eines Prioritätsanspruchs abzufinden und aus Garcia's Originalmittheilung an die Royal Society of London zu zeigen, dass dieser bereits in vollem Maasse die Postulate des hervorragenden Juristen erfüllt hat. Der Heraus-



geber sagt weiter, es müsse Jedem, der mit den Traditionen der Medicin vertraut ist, klar sein, dass Prioritätsansprüche in solchen Dingen sich nicht auf gesetzliche Grundlagen, sondern auf die breitere Basis ethischer Principien stützen. Der ärztliche Gelehrte nimmt kein Patent auf seine Erfindungen, er theilt sie zum Nutzen Aller der Oeffentlichkeit mit. Die einzige Gerechtigkeit, die er von der Nachwelt erwartet, ist, dass der Werth seiner Arbeit eine gerechte Würdigung erfährt; „quasi-legale Fragen der Patentpriorität", Privilegien und deren eventuelle Verletzung sind ihm gleichgültig. Sir Felix Semon hat klar nachgewiesen, dass Garcia eine deutliche Einsicht vom Werth des Laryngoskops besass und dass er völlig der Definition Schopenhauer's entspricht, „dass dem allein die Ehre einer Erfindung zugesprochen werden kann, der eine Wahrheit in ihren fundamentalen Principien erkannt und ihre Folgen klar vor sich sieht".

JAMES DONELAN.

2) Sedziak. **Die Laryngorhinologie und Otiatrie in der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts. (O stanie Laryngologii, rinologii i otyatrii w polsce w XIX. w.** *Nowiny Lekarskie. No. 3. 1906.*

Verf. bespricht eingehend die auf die Laryngorhinologie und Otiatrie bezüglichen und in polnischer Sprache veröffentlichten Arbeiten und charakterisirt näher die Aerzte, die auf diesem Felde gearbeitet hatten (Jurasz, Heryng, Köhler, Pieniazek, Sokolowski, Heymann u. A.) und bespricht den Antheil der Polen an der allgemeinen Entwickelung der Laryngologie überhaupt.

v. SOKOLOWSKI.

3) Hennebert. **Otolaryngologische Rundschau. (Revue d'oto-laryngologie.)** *La Clinique. No. 11. 1905.*

Der Autor stellt nach gewissen eigenen Arbeiten und solchen fremder Specialisten die Operationsregeln fest für die Cur der allgemeinen acuten eitrigen Meningitis, der Facialisparalyse und des Zungenkrebses. Er resumirt ebenfalls die letzten Arbeiten über die Vincent'sche Angina und die Indicationen zur Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose.

PARMENTIER (BAYER).

4) Hennebert. **Allgemeine Medicin und Specialitäten. (Médecine générale et spécialités.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 49. 1905.*

In der Sitzung des Cercle Médical in Brüssel vom 1. September 1905 fordert H. die Specialisten auf, die Kenntniss der allgemeinen Medicin nicht zu vernachlässigen; andererseits führt er an, dass der Specialist häufig im Stande sei, dem Practiker behilflich zu sein, indem er das Auftauchen von Allgemeininfectionen aufspüre.

PARMENTIER.

5) Fynaut. **Die Consultationsstunde für Krankheiten des Mundes und der Zähne am Hospital der „Infirmerie". (A propos de la consultation des maladies de la bouche et des dents à l'Hospice de l'Infirmerie.)** *La Clinique. No. 5. 1905.*

Statistische Arbeit, aus welcher hervorgeht, dass der Autor in 56 Fällen das Somnoform angewandt hat, ohne einen üblen Zufall weder während noch nach der Narkose beobachtet zu haben. Die Anästhesie wird erreicht nach 30 Secunden

oder nach einer Minute mit einer Dosis von 5 ccm und dauert 1—$1^1/_2$ Minuten. Der Autor macht darauf aufmerksam, dass gewisse Mundaffectionen mit geistigen und nervösen Störungen coincidiren.

BAYER.

6) **Diebold** (Olten). **Ueber einige der häufigsten disponirenden Ursachen der Katarrhe der oberen Luftwege.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 6 und 7. 1906.*

Verf. theilt die Ursachen der Katarrhe des Halses und der Nase in zwei Hauptgruppen ein: I. prädisponirende, II. accidentelle. Die prädisponirenden zerfallen wieder in Unterabtheilungen: 1. in die angeborenen Ursachen a) der Nase und des Halses selbst, enger Bau der Nase, Choanenverschluss, Wolfsrachen, Ozaena, Tonsilla tertia (Chamae- und Leptoprosopie), b) der Beziehungsorgane: constitutionelle Herzschwäche, angeborener Herzfehler, Nierenschwäche, Glycourie; 2. in erworbene Ursachen: a) der Nase und des Halses selbst, traumatische Missbildungen, Infectionen, b) der Beziehungsorgane und allgemeine Ursachen. Letztere zerfallen in drei Gruppen: α) circulatorische, β) nervöse, γ) dyskrasische. Diesen Ursachen unter 2b ist die Arbeit gewidmet.

α) Die circulatorischen Ursachen erzeugen in den oberen Luftwegen mittelst Hyperämie, Blutstasen, erhöhtem Blutdruck Schwellung, durch gehinderten Rückfluss des Venenblutes Transsudation, Störungen im Chemismus der Secrete, Reizung, Katarrhe, wahrscheinlich auch Bindegewebswucherungen. Diese Störungen entstehen namentlich bei torpiden, lymphatischen, dyskrasischen Menschen. Andererseits wirkt die Blutstauung im Sinne Bier's resorbirend, ernährend, schmerzstillend, heilend, vernarbend. Mechanische und thermische Factoren kommen bei diesen Zuständen auch zur Geltung. Arteriosklerose gehört zu den häufigsten Ursachen von Congestion zum Kopf. Nierenleiden wirken mittelst secundärer Herzhypertrophie in derselben Richtung. Schädliche Circulationsstörungen entstehen nach Basch auch durch die sog. Circulationsverschiebungen, welche darin bestehen, dass grosse Gefässgebiete durch physiologische Nervenwirkung zeitweise blutleer werden, z. B. wie die Bauchgefässe, welche fast das ganze Körperblut in sich aufnehmen könnten, sich in den ersten Stunden nach den Mahlzeiten contrahiren, so dass das Blut gegen Kopf und Extremitäten ausweicht, ein Vorgang, welcher sich bei gesunden, nicht aber kranken oberen Luftwegen rasch ausgleicht. Auch Darmtympanie kann Blutleere des Bauches und Blutandrang nach den oberen Luftwegen erzeugen.

β) Die nervösen Ursachen, Neurasthenie, Hysterie, bei welchen nach Martius „die Nervenwege gut eingefahren" sind, prädisponiren nicht sowohl zu Entzündungen, als zur übertriebenen Empfindung der krankhaften Veränderungen in Hals und Nase. Eine andere Ursache der Einbahnung der Hals- und Nasen-Nervenwege sind die Enteroptosen, Ren mobilis u. a. m. Möglich ist es, und theilweise vielleicht schon mikroskopisch nachgewiesen, dass durch dieses Einfahren, Einbahnen der Nerven allmälig anatomische Veränderungen in denselben auftreten (!). Umgekehrt ist darauf zu achten, ob nicht die Neurasthenie secundär durch chronisches Hals- und Nasenleiden entstanden ist.

γ) Unter den dyskrasischen Ursachen zählt Verf. auf: Anämie, Chlorose, Diabetes, Nephritis und Gicht. Er charakterisirt die Angina urica, lehnt jedoch die grösstentheils veraltete dyskrasische Aetiologie der Halskrankeiten in der französischen Medicin ab. In das dyskrasische Capitel fallen auch die chronischen Magen- und Darmkrankheiten.

Die besprochene Arbeit, welche hier etwas eingehend referirt wurde, weil sie eine Menge allgemeiner Gesichtspunkte von Bedeutung aufstellt, welche man in der specialistischen Praxis leicht übersieht, ist ein theilweiser Auszug aus der grösseren Arbeit Diebold's: „Das Thermalwasser zu Baden (Schweiz) in Hinsicht auf seine Anwendung bei den Erkrankungen der oberen Luftwege", Aarau bei Sauerländer, 1905. — Diebold behandelt in dieser Badeschrift besonders auch die physikalisch-chemischen Eigenschaften des Mineralwassers.

JONQUIÈRE.

7) **G. Reusner. Die vasomotorische Parese als Ursache von Katarrhen der oberen Luftwege und als diagnostisches Hülfsmittel.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

R. proponirt, den Ausdruck „vasomotorische Parese" durch „vasomotorische Labilität" zu ersetzen. Ausserdem glaubt R. sehr häufig Katarrhe der oberen Luftwege bei geschlechtlicher Ueberanstrengung beobachtet zu haben.

P. HELLAT.

8) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Ueber Behandlung und Prophylaxe von durch professionellen Gebrauch der Sprachstimme hervorgebrachte Halsleiden,. (Om Behandling og Forebyggelse af Halsledelser, fremdkaldte ved professionel Brug af Talestemmen.)** *Medic. Selskabs Forhandlinger-Hospitals-Tidende. No. 20. p. 541. 1905.*

Nach einer Uebersicht der wichtigsten Ursachen der professionellen Sprachleiden, insbesondere des unzweckmässigen Gebrauches der Sprechstimme, empfiehlt der Verf. als das beste Mittel, ein System von Sprach- und Athmungsübungen zu benutzen. In 10 Fällen hat er durch diese Methode ein sehr günstiges Resultat erreicht. In verschiedenen dieser Fälle wurde keine locale Behandlung sondern nur Inhalation medicamentöser Lösungen in Sprayform angewandt.

E. SCHMIEGELOW.

9) **T. Hollinger. Aus Nase und Rachen stammende Blutvergiftung. (Bloed poisoning emanating from the nose and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. November 1905.*

Verf. weist besonders auf den Zusammenhang acuter und chronischer rheumatischer Erkrankungen mit Affectionen der oberen Luftwege hin. Er führt Fälle an, in denen chronischer Rheumatismus, der Jahre hindurch allen Behandlungsmethoden trotzte, verschwand, als ein eitriger Process in der Nase und den Nebenhöhlen zur Heilung gelangte. Ebenso gehen tuberculöse Erkrankungen der Lungen und Knochen nach Ansicht des Verf.'s häufig von der Nase aus.

LEFFERTS.

10) **S. J. Kopetzky. Die diagnostische Bedeutung der Kopfschmerzen bei Krankheiten des Ohres, der Nase und Halses. (The diagnostic significance of headache in diseases of the ear, nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 9. December 1905.*

Kopfschmerzen nasalen Ursprungs entstehen infolge Druckes in den Lymphgefässen der Schleimhaut, die mit den subduralen Lymphräumen in Zusammenhang stehen. Tendenz zu Kopfschmerz besteht auch bei allgemeiner Hyperästhesie der Nasenschleimhaut. Entzündung der unteren Muschel kann einseitigen Kopfschmerz verursachen; Sinuserkrankung kann zu typischer Hemicranie führen. Einen neuralgischen Charakter haben meist die auf acuten Sinuserkrankungen oder auf acuten Exacerbationen chronischer Empyeme beruhenden Kopfschmerzen; sie treten häufig genau zu derselben Stunde des Tages auf, ohne dass es bisher gelungen wäre, eine Ursache für diese Periodicität zu finden. Diffuse Kopfschmerzen finden sich meist bei den chronischen Empyemen. Es giebt kein Schema der Localisation des Schmerzes je nach der Erkrankung der verschiedenen Höhlen. Verf. zeigt an zwei Zeichnungen die Regionen des intensivsten Kopfschmerzes bei Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses, bei allgemeinen und nervösen Affectionen.

LEFFERTS.

11) **John Sendziak** (Warschau). **Aetiologie und Behandlung der in den oberen Luftwegen vorkommenden Mycosen. (The etiology and treatment of mycosis occurring in the upper respiratory tract.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1905.*

Folgendes sind die verschiedenen in den oberen Luftwegen angetroffenen Mycosen:

1. Mycosis leptothricia — verursacht durch den Leptothrix buccalis.

2. Mycosis sarcinica — verursacht durch eine Sarcinaart.

3. Actinomycosis — bedingt durch den Strahlenpilz.

4. Mycosis aspergillosis — verursacht durch verschiedene Aspergillusarten.

5. Mycosis mucorina — hervorgerufen durch verschiedene Mucorarten.

Diese sind nach einigen Autoren (Cixlinski, Hewelka, Sendziak, Schmiegelow) die Ursache der sogenannten „schwarzen Zunge“.

6. Mycosis oidica (Soor) — verursacht durch Oidium albicans.

Verf. giebt eine erschöpfende Darstellung der einzelnen Formen von Mycosis.

EMIL MAYER.

12) **Sendziak. Der jetzige Stand der Frage von der Mycosis der oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Stan obecny wiedzy o grzydicy górnego odcinka drógoddechswych.)** *Nowiny Lekarskie. No. 2. 1906.*

In der Arbeit giebt der Verf. ein Resumé von seinem bereits unter obigem Titel im vorigen Jahre publicirten Aufsatze, welcher im Centralblatte referirt war.

v. SOKOLOWSKI.

13) **W. R. Groves** (Melbourne). **Ein Fall von Actinomycose. (A case of actinomycosis.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Januar 1906.*

Bei dem Patienten — einem jungen Mann — fand sich unterhalb des Kiefers eine wallnussgrosse Geschwulst, die Eiter absonderte. In dem Eiter fand man den Strahlenpilz. Heilung trat ein unter Darreichung von Jod. A. J. BRADY.

14) **Einis. Zur Casuistik reflectorischer Erkrankungen nasalen, laryngealen und otitischen Ursprungs. (K kasuistike reflektornich soholowanii ishedjaschtschich ot onosa ucha i gosla.)** *Wratsch Gaz. No. 7. 1906.*

Mittheilung von 5 Fällen von Asthma, Husten, Gesichtsneuralgie infolge von Nasenaffection und eines Falles von Epilepsie bei Ceruminalpfropf.

P. HELLAT.

15) **W. N. Robertson** (Australien). **Die Behandlung von paroxysmalen Neurosen. (The treatment of paroxysmal noureses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1906.*

Verf. rechnet unter die paroxysmalen Neurosen, die durch eine endonasale chirurgische Behandlung günstig beeinflusst werden können: Asthma, Heufieber, Angina pectoris, Migräne, Epilepsie und Basedow'sche Krankheit. Von 210 Asthmafällen, die intranasal behandelt wurden, wurden 74 pCt. völlig von ihren Beschwerden geheilt, bei 16 pCt. trat erhebliche Besserung ein. Mindestens die Hälfte der Heufieberpatienten wurde mittels derselben Behandlungsmethoden erheblich gebessert. Bei 13 Fällen von Angina pectoris wurde die Behandlung von der Nase aus stets mit Erfolg angewandt; ebenso waren die Resultate in 6 Fällen von Epilepsie und 4 Fällen von Migräne. Das Hauptprincip der Behandlung besteht in der Beseitigung intranasalen Druckes durch Entfernung von eventuell vorhandenen cystischen Auftreibungen der mittleren Muschel oder von Septumleisten. Ebenso empfiehlt sich die galvanokaustische Aetzung der dem vorderen Ende der mittleren Muschel gegenüberliegenden Septumregion. A. J. BRADY.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Depage. Plastische Chirurgie des Gesichts. (Chirurgie plastique de la face.)** *Congrès français de chirurgie. Paris 1905.*

17) **P. Berger. Die italienische Methode und ihre Anwendung zur Wiederherstellung des Gesichts. (La méthode italienne et ses applications aux restaurations de la face.)** *Ibid.*

18) **Gross. Totale Rhinoplastik nach der italienischen Methode. (Rhinoplastie italienne par la méthode italienne.)** *Ibid.*

19) **Pozzi. Rhinoplastisches Verfahren. (Procédé de rhinoplastie.)** *Ibid.*

20) **Delaunay. Wiederherstellung der Nasenscheidewand. (Restauration de la cloison du nez.)** *Ibid.*

21) **Martin, Motz etc. Plastische Chirurgie des Gesichts. (Chirurgie reparataire de la face.)** *Ibid.*

Der Bericht Depage's rief eine sehr interessante Discussion hervor. Das Ganze stellt eine inhaltvolle Abhandlung über das Thema dar, in der sich die

interessantesten Details über Plastik, Prothesen etc. finden; es sind auch eine Anzahl von Beobachtungen mitgetheilt und sehr anschauliche Photographien wiedergegeben. Die verschiedenen Abhandlungen nehmen einen Raum von 200 Seiten ein; ihre Lectüre sei dringend empfohlen.

A. CARTAZ.

22) **Harris Peyton Mosher. Die directe Methode zur Correction seitlicher Deformitäten des Nasenbeins. (The direct method of correcting lateral deformity of the nasal bones.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Bei der Correction einer frischen Fractur der Nasenbeine müssen zwei Dinge in Betracht gezogen werden: erstens muss der eine Knochen, der eingedrückt ist, aufgerichtet werden und zweitens muss der andere Knochen vom aufsteigenden Ast des Oberkiefers losgelöst werden, so dass beide Knochen in ihre normale Position zurückgebracht werden können. Dies wird in folgender Weise gemacht: Ein flaches Elevatorium wird in die Nase gebracht, gerade unter dem deprimirten Nasenbein; der Daumen der linken Hand wird gegen das andere Nasenbein gelegt, da, wo es den aufsteigenden Oberkieferast überragt. Während das Elevatorium den ersten Knochen in die Höhe hebt und nach aussen drängt, wird auch der andere Knochen durch den Zug an Haut und Periost gehoben, so dass sein äusserer Rand vom aufsteigenden Oberkiefer freigemacht wird. Während dies geschieht, drückt der Daumen den Knochen in die Mittellinie. Auf diese Weise werden beide Knochen in ihre ursprüngliche Lage gebracht.

EMIL MAYER.

23) **J. Passmore Berens. Eine Operation zur Correction äusserer Deformitäten des Nasenrückens. (An operation for the correction of external deformities of the bridge of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1904.*

Nach Fracturirung der Nasenbeine wird die Zange eingeführt, der Nasenrücken gehoben und das Aeussere der Nase in die gewünschte Form gemodelt. Ist das Septum in ausgedehntem Maasse bei dem Eingriff betheiligt, so wird eine intranasale Einlage eingeführt, anderenfalles werden 3—4 Tage lang kalte Umschläge gemacht. Bisweilen sind Paraffininjectionen indicirt.

EMIL MAYER.

24) **Teresio Sartirana. Beitrag zur chirurgischen Behandlung des eingesunkenen Nasenrückens. (Contributo alla cura chirurgica della depressione del dorso del naso.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. VI. 1905.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Operationsverfahren und berichtet über einen nach seiner Methode mit gutem, durch eine Abbildung illustrirtem Erfolg. Die detaillirte Wiedergabe des eingeschlagenen operativen Verfahrens eignet sich nicht zum Referat.

FINDER.

25) **Martin** (Lyon). **Nasenfracturen mittels des Martin'schen Apparates behandelt. (Fractures du nez traitées par les appareils de Martin.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 13. April 1905.*

In einem Falle handelte es sich um eine Fractur infolge eines Faustschlages, im anderen um eine solche infolge eines Huftrittes.

Verf. rühmt die Leichtigkeit in der Anwendung seiner Apparate und die ästhetische Vollkommenheit seiner Resultate.

PAUL RAUGÉ.

26) **John O. Roe. Die Correction von Nasendeformitäten mittels subcutaner Operationen. (The correction of nasal deformities by subcutaneous operations.)** *N. Y. Medical Record. Juli 1905.*

Die der Arbeit beigegebenen Holzschnitte, auf welchen die Patienten vor und nach der Operation dargestellt sind, sprechen besser als alles andere für die Vortrefflichkeit der vom Verf. angewandten Methode.

LEFFERTS.

27) **C. F. Welty. Knochentransplantation zur Verbesserung der Sattelnase. (Bone transplantation for the relief of saddle-nose.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1905.*

Verf. zieht einen Vergleich zwischen den Vorzügen von Paraffininjectionen und plastischen Operationen bei Nasendeformitäten; er giebt die Geschichte eines Falles, in dem er ein Knochenstück von der Tibia transplantirte. Eine vollkommene knöcherne Vereinigung wurde nicht erzielt, jedoch blieb das Knochenstück an seiner Stelle. Verf. zieht wegen der Gefahr der Embolie die plastischen Operationen vor; wenn jedoch Paraffin zur Anwendung kommt, so soll nur solches von unter 46° C. angewandt werden. Auch soll man sich einer Spritze mit einem Schraubenstempel bedienen.

LEFFERTS.

28) **John O. Roe. Die Beseitigung von Obstructionen und narbigen Zusammenziehungen der Nase mittels der plastischen Methode. (The removal of obstructions and cicatricial contractions of the nose by the plastic method.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juli 1904.*

Vortrag, gehalten vor der XXV. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1903.

LEFFERTS.

29) **P. Berger. Wiederherstellung der Nase durch Autoplastik. (Restauration autoplastique du nez.)** *Société de chirurgie. Paris. 20. December 1905.*

Verf. hat in einem Fall von totaler Zerstörung der Nase durch einen tuberculösen Process ein befriedigendes Resultat durch Combination verschiedener autoplastischer Methoden — italienische und indische Methode, Knorpelprothese — erzielt.

A. CARTAZ.

30) **Rohmer. Die nach prothetischen Paraffininjectionen in die Nase eintretenden Zufälle von Seiten der Augen. (Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans le nez.)** *Société de méd. de Nancy. 4. Juni 1905.*

R. theilt eine Beobachtung mit, die eine Patientin betrifft, bei der ein Arzt, um eine sehr ausgesprochene syphilitische Sattelnase zu corrigiren, Paraffininjectionen gemacht hatte. Nach der fünften Injection trat plötzliche Blindheit auf dem linken Auge auf; gleichzeitig zeigten sich Paraffinknollen an der Stirn und auf der Wange.

Verf. beschreibt, wie die Injectionen gemacht werden müssen, um solche Unglücksfälle zu vermeiden. Es handelt sich nicht eigentlich, wie gesagt worden

ist, um eine Embolie der Art. centralis retinae. Die injicirte Substanz dringt in einen der zahlreichen Venenäste, die in die Vena angularis münden, und erreicht bei ihrem Durchgang durch die Orbita die Vena centralis. Es ist leicht zu begreifen, dass ein Paraffingerinnsel, das die ganze Vene bis jenseits der Einmündung der Vena centralis verstopft, auch diese letztere verstopfen und zu einer Thrombose der Vene, aber nicht zu einer Embolie der Arterie führen wird.

A. CARTAZ.

31) **W. Atkinson Wood** (Melbourne). **Ein Fall von Nasendeformität durch Operation und Paraffininjection behandelt. (A case of deformed nose treated by operation and paraffin injection.)** *Intercolonial Med. Journal. 20. Juli 1905.*

Es fehlte der Nasenrücken und der grösste Theil des Septum. Es wurde ein Lappen aus der Stirnhaut gebildet und nach unten geschlagen. Nachträglich wurden drei Paraffininjectionen gemacht und die Gestalt der neugebildeten Nase durch Hebung des Nasenrückens erheblich gebessert.

A. J. BRADY.

32) **Minz. Einseitige Blindheit nach Paraffineinspritzung unter die Haut der Nase. (Odnostaron. slepota posle wpriskiwanije paraffina pod noshu nosa.)** *Chirurgia. Bd. XVII. No. 97. 1905.*

Es handelt sich um eine 25jährige Kranke, welche vor 13 Jahren Lues acquirirt hatte. Im September 1903 wurde die Correction vorgenommen. Nach einem halben Jahre bildete sich wieder eine kleine Einsenkung. Im September 1904 wurde daher eine nochmalige Correction vorgenommen und aus zwei Einstichen etwa $^1/_3$ g Paraffin von 43° Schmelzpunkt injicirt. Nach 3 Minuten stellten sich Schmerzen im linken Auge ein und gleich darnach eine vollständige bleibende Blindheit auf demselben. Ausserdem trat starke Röthung und oberflächliche Nekrose der Nasen- und Stirnhaut auf derselben Seite ein. Aus diesem Umstand und der nachfolgenden Protrusion des Bulbus schliesst M., dass es sich nicht um Embolie, sondern um Thrombosis gehandelt habe.

P. HELLAT.

33) **Woltman. Aus der chirurgischen Landpraxis. (Is senaskoc chirurg. praktiki.)** *Prakt. Wratsch. No. 36. 1903.*

W. verbesserte nach der Gersuny-Stein'schen Methode vier Nasen. Drei gelangen gut; in einem Falle verbreitete sich das Paraffin auf das Auge und die Nasenwurzel. Es musste operativ entfernt werden.

P. HELLAT.

34) **E. Moraweck** und **Gaylord C. Hall. Die Anwendung von Paraffinplatten bei Läsionen der Nase und des Auges. (The use of sheet paraffin in lesions of the nose and eye.)** *The Journal of the American Medical Association. 24. Februar 1906.*

Verff. empfehlen in der Nasenchirurgie die Anwendung von Einlagen aus Paraffinplatten, wie sie die Zahnärzte benutzen, um dem Entstehen von Verwachsungen etc. vorzubeugen. Das Paraffin kann nach den Erfordernissen des betreffenden Falles zurechtgeschnitten werden. Benutzt man reine Instrumente dazu und gebraucht man noch die Vorsicht dazu, die Stücke vor der Einführung abzuschaben, so ist die Anwendung antiseptischer Lösung unnöthig. Verff. geben ge-

naue Angaben über die Anwendung solcher Paraffineinlagen nach galvanokaustischen Operationen, nach submucöser Septumresection, nach Conchotomie, Operation von Leisten etc. Verff. gebrauchen sie in circa 50 pCt. ihrer Fälle.

EMIL MAYER.

35) **W. B. Pusey. Paraffininjectionen. (Paraffin injections.)** *American Practitioner and News. Februar 1906.*

In einem Fall von traumatischer Sattelnase war das Resultat vollkommen: im zweiten Fall handelte es sich um eine syphilitische Sattelnase. Hier war die erste Injection erfolgreich; nach der zweiten jedoch trat Eiterung ein.

EMIL MAYER.

36) **Massei. Lupus der Nase. (Lupus du nez.)** *Revue heb. de laryngologie. No. X. 1905.*

Verf. behandelt die Frage der tuberculösen Erkrankung der Nasenschleimhaut vom Standpunkt der pathologischen Anatomie, Aetiologie und Klinik.

E. J. MOURE.

37) **Hennebert. Totale gummöse Nasenperiostitis bei einem Kinde. (Periostite gommeuse nasale totale chez un enfant.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 21. 1905.*

Der Titel resümirt die Beobachtung. Die Kranke heilte unter einer intensiven specifischen Behandlung. Mittheilung im Cercle méd. von Brüssel am 7. April 1905.

PARMENTIER (BAYER).

38) **M. H. Bell. Nasensyphilis. (Nasal syphilis.)** *Journal Mississippi State Medical Association. Juli 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

39) **W. Scott Renner. Tertiäre Syphilis der Nase und des Pharynx. (Tertiary syphilis of the nose and pharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 19. März 1904.*

Ein sehr ausführlicher, sich über drei Nummern des Journals erstreckender, mit vielen Literaturangaben versehener, aber nichts Neues enthaltender Aufsatz.

LEFFERTS.

40) **Arthur Ames Bliss. Die Nasenscheidewand bei Kindern. (Nasal septum in children.)** *American Medicine. 4. November 1905.*

Cf. Bericht der XXVII. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905.

EMIL MAYER.

41) **Dieu. Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. (Chancre syphilitique de la cloison nasale.)** *Annales méd. chir. du Centre. Juni 1905.*

Bei einem Patienten mit Roseola fand Verf. das linke Nasenloch völlig durch eine kirschgrosse Geschwulst verschlossen, die vom Septum ausging und an der Basis einen indurirten Saum hatte, der nichts anderes war, als ein Schanker. Heilung unter Calomelinjectionen in zwei Monaten.

A. CARTAZ.

42) **L. H. Pegler** (London). **Die Pathologie, Beziehungen und Behandlung der sogenannten blutenden Septumpolypen. (The pathology, affinities and treatment of so called bleeding polypus of the septum.)** *Lancet. London. November 1905. p. 1455.*

Verf. giebt eine ausgezeichnete und detaillirte Abhandlung über den Gegenstand; sie enthält zahlreiche Abbildungen und stellt einen werthvollen Beitrag zur Literatur dar. Zum Referat nicht geeignet. JAMES DONELAN.

43) **Galpenin. Fall von ungewöhnlich verlaufendem Abscess des Septum nasi. (Slutschai neobitschno protekajuschtschawo abscessa notowai peregorotai.)** *Wratsch Gaz. No. 41. 1905.*

Es handelte sich um einen traumatischen Abscess bei einem 3jährigen Kind, wo der Eiter durch die Oeffnung des oberen Schneidezahnes im Alveolarfortsatze zum Vorschein kam. P. HELLAT.

44) **Otto J. Freer. Verbiegungen der Nasenscheidewand; eine kritische Uebersicht über die Methoden zu ihrer Correction mittels der Fensterresection, nebst einem Bericht über 116 Operationen. (Deflections of the nasal septum; a critical review of the methods of their corrections by the window-resection, with a report of 116 operations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Verf. will keine Unterscheidung der Deviationen in solche traumatischen Ursprungs und solche, die auf fehlerhaftes Wachsthum zurückzuführen sind, zulassen; eine Classification soll nur nach der Form der Deviation geschehen. Die Fensterresection ist auch bei Kindern angebracht, wegen der Möglichkeit eines Recidivs muss aber jede Spur von Verbiegung gründlich entfernt werden. Obwohl Verf. niemals nach der Resection ein Einsinken der Nase beobachtet hat, so hält er es doch für gerathen, einen Streifen des Septumknorpels zu erhalten. Der untere Theil der Cartilago quadrangularis bis zum Niveau der Nasenflügel kann ohne Furcht resecirt werden von seinem vorderen unteren Rand horizontal nach hinten bis zum Knochen. Verf. operirt bei liegender Stellung der Patienten, ausser wenn er längs des Nasenbodens operirt; er verwendet Cocainpulver und hält subcutane Injectionen, ausser ganz vorn am Septum, für unnöthig. Der beste Zugang zu der Verbiegung geschieht nicht, wie bei der Killian'schen Methode, durch eine knopflochförmige Oeffnung vorn im Septum, sondern durch Schleimhautincisionen längs der verticalen und horizontalen Leisten. Die Elevatorien sollen dünn, gebogen, das Messer, mit dem die erste Incision gemacht wird, dünn, an der Spitze abgerundet sein. Verf. hat eine Modification der Grünwald'schen Zange angegeben, die mit Leichtigkeit den dicksten Knochen durchschneidet. Zur Tamponade verwendet er Gazestreifen, die mit Bismuth. subnitr. imprägnirt sind. Verf. bezweifelt, dass, wenn irgendwie schwierige Knochenresectionen dabei sind, die Operation in der von Killian angegebenen Durchschnittszeit von 25 Minuten ausgeführt werden kann. EMIL MAYER.

45) **James J. Mroney. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Submucous resection of the nasal septum.)** *Buffalo Medical Journal. August 1905.*

Verf. empfiehlt die Killian'sche Operationsmethode mit Anwendung des von Ballenger angegebenen Messers.

EMIL MAYER.

46) **Moritz Weil** (Wien). **Ueber die submucösen Resectionen der Nasenscheidewand.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. XV. H. 3. S. 578.*

Bemerkungen über die Entwickelung und die Technik der submucösen Septumresection. Verf. legt besonderen Werth darauf, jeden Lappen der Mucosa nach Thunlichkeit zu schonen.

F. KLEMPERER.

47) **Joseph C. Beck. Neue Instrumente zur submucösen Septumresection.) (New instruments for submucous resection of the septum.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Verf. demonstrirt ein selbsthaltendes Nasenspeculum, eine Infiltrationsspritze, ein keilförmiges Septummesser, einen Dilatator und einen automatischen Meissel.

EMIL MAYER.

48) **John Mc Coy. Zange und Messer zur Anwendung bei submucösen Septumoperationen. (Forceps and knife for use in the submucous septal operation.** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Das Messer hat eine im rechten Winkel zum Griff bewegliche Klinge, die überall scharf ist und mittelst einer kleinen Schraube an ihrem Ende auf jede gewünschte Länge eingestellt werden kann. Das Messer ist für den doppelten Zweck bestimmt, die erste Incision in die Schleimhaut zu machen und ferner für das Durchschneiden des Knorpels, wobei das Instrument den Vortheil hat, dass eine Perforation der Schleimhaut auf der concaven Seite ausgeschlossen ist. Ausserdem wird eine neue Zange beschrieben.

EMIL MAYER.

49) **Rockwell A. Coffin. Ein neuer Hohlmeissel für submucöse Operationen in der Nase. (A new gouge for submucous operations in the nose.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 22. Februar 1906.*

Verf. giebt eine genaue Beschreibung des Instrumentes, das ursprüglich für flache Verdickungen im vorderen Theil des Knorpels bestimmt war, dass sich aber auch bei knöchernen Verdickungen am Vomer als nützlich erwiesen hat.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **E. Zuckerkandl. Ueber laterale Rachentaschen bei Lagostomus trichodactylus.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. IX. H. 1. S. 138.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

51) **Ramm** (Melitopol). **Ueber die Zotten der Mundlippen und der Wangenschleimhaut bei Neugeborenen.** *Berner Dissertation. Wiesbaden 1905.*

Luschka beschrieb als Erster ein Tuberculum labii superioris als Theil der Pars villosa mit von der Oberfläche der Schleimhaut aufragenden kegelförmigen

Papillen. Es entsteht so beim Säugling eine Art von Doppellippe, welche das Sauggeschäft erleichtert und sich nach dem Säuglingsalter teleologisch zurückbildet.

JONQUIÈRE.

52) **N. Cholodkovsky. Ueber die Speicheldrüse von Chermes.** *Zeitschr. f. wiss. Insectenkunde. Bd. I. H. 4. S. 167.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

53) **Buschnewitsch. Zur Frage der Speicheldrüsengeschwulst. (K woprosu opucholei aljumnih sheles.)** *Med. Obosr. Bd. 53. p. 150. 1905.*

Alle Speicheldrüsengeschwülste sind nach B. bindegewebigen, epithelialen oder gemischten Charakters.

B. führt einen Fall von gemischter Geschwulst an, welche nach der Operation zum Carcinom sich entwickelte.

P. HELLAT.

54) **Butkewitsch. Zur Frage der Neubildungen in den Speicheldrüsen. (K woprosu o nowoobrasowan. sljunnich sheles.)** *Russk. chirurg. Archiv. p. 294. 1905.*

B. führt aus, dass Speicheldrüsengeschwülste im ganzen selten sind; nach Billroth 1,94 pCt. —

Am häufigsten werden die Parotiden befallen, am seltensten Sublingualis. Die meisten derselben sind gemischten Charakters.

Bei der Operation empfiehlt B. nicht sehr schonend zu sein, schon frühzeitig die ganze Drüse zu entfernen, falls Verdacht auf Malignität vorliegt.

Leider finden wir in dem Aufsatze keine Bemerkungen darüber, wie die Zerstörung resp. die Exstirpation der Parotis auf den Allgemeinzustand wirkt. Diese Frage ist genügend wichtig, um grössere Aufmerksamkeit zu verdienen.

P. HELLAT.

55) **A. W. Peake. Bemerkungen über einen Fall von secundärer Parotitis. (Notes on a case of secondary parotitis.)** *Lancet. 25. November 1905.*

Es handelt sich um einen 88 jährigen Mann mit einem Carcinom des Dickdarms. Vier Wochen vor dem Tode begann die linke Parotis anzuschwellen. Diese Schwellung liess bald nach; dann aber trat eine Entzündung der rechten Parotis und Submaxillaris ein. Beim Tode war die rechte Parotis enorm geschwollen, die Haut darüber geröthet.

ADOLPH BRONNER.

56) **O. Eichholz** (London). **Drei Fälle von Verlegung des Ductus submaxillaris. (Three cases of obstruction of the submaxillary duct.)** *Lancet. p. 1174. 1906.*

In dem einen Fall war der Gang verstopft durch ein Haar, das sich der Pat. aus dem Schnurrbart gebissen hatte.

JAMES DONELAN.

57) **Andrea Ruggero. Die Gaumenpapille beim Menschen und den gewöhnlichsten Säugethieren. (La papilla palatina nell'uomo e nei mammiferi più communi.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio della gola e del naso. No. IV. 1906.*

Verf. hat Untersuchungen beim Rind, Schwein, Pferd, Hund, Katze, Hasen, Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen aufgestellt. Aus den Untersuchungen

ergiebt sich, dass die Gaumenpapille am grössten und besten bei den Fleischfressern; in zweiter Linie bei den Wiederkäuern und Nagethieren entwickelt ist. Beim Pferd ist sie ebenso wie beim Menschen kaum angedeutet. Die Entwicklung des Organs hält gleichen Schritt mit der des Jacobson'schen Organs. Verf. ist der Ansicht, dass die Gaumenpapille wegen ihres erectilen Gewebes dazu bestimmt ist, die in ihr endigenden Orificien besonders bei bestimmten Gelegenheiten (Wahl der Nahrung) geöffnet zu halten und ferner, dass die Gaumenpapille in Folge dessen die äusserste orale Portion des Jacobson'schen Organs darstellt.

FINDER.

58) **G. Gradenigo. Ueber die motorische Innervation des Gaumensegels. (Sulla innervazione motrice del velo del palato.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall, der seine Annahme, dass das Gaumensegel vom N. vagus innervirt wird, stützen soll. Es handelte sich um einen alten Mann, bei dem im Anschluss an ein seit vier Monaten bestehende schwere rechtsseitige eitrige Otitis media pyämische Symptome auftraten, die auf einen infectiösen Thrombus des Sinus sigmoideus zurückzuführen waren. Der Sinus wurde eröffnet, der Thrombus entfernt. Es bestand kein Anzeichen von Thrombose der Vena jugularis; dagegen war der Bulbus superior der Vena jugularis Sitz eines intensiven eitrigen Processes. Bei dem Patienten trat, während ihn Verf. in Beobachtung hatte, eine complete Lähmung des rechten Stimmbandes ein, das ca. 2 mm von der Mittellinie fixirt war, ferner eine Lähmung der rechten Gaumensegelhälfte; die Zunge wich beim Herausstrecken etwas nach links ab. Der Facialis war ganz intact. Es war also eine Compression der aus dem Foramen jugulare heraustretenden Nerven anzunehmen; auch der Hypoglossus schien in gewissem Masse daran theilzunehmen. Es bestand ferner eine ausgesprochene Lähmung des Sterno-Mastoideus und des Trapezius. Der Geschmack auf der Zungenbasis war erhalten; auch war die Berührungsempfindlichkeit des Pharynx, wenn auch nicht sehr lebhaft, vorhanden.

FINDER.

59) **L. Réthi** (Wien). **Untersuchungen über die secretorischen Vorgänge am weichen Gaumen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1905.*

In einem Vortrage, den R. in der Section für Hals- und Nasenkrankheiten der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran (September 1905) hielt, giebt R. die Resultate seiner experimentellen Untersuchungen über die secretorischen Vorgänge am weichen Gaumen bekannt. Secretorische Fasern der Gaumendrüsen führen nach diesen Untersuchungen sowohl der Sympathicus als auch der N. facialis. Réthi stellte nun den Verlauf dieser Secretionsnerven fest, suchte die Kerne derselben auf, beschäftigte sich mit dem histologischen Bau des weichen Gaumens und untersuchte das Secret selbst. Diese letztere Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen, doch wurden wesentliche Unterschiede in der quantitativen Zusammensetzung der beiden Secretarten, des sympathischen und des Facialissecretes constatirt.

CHIARI

60) **Brunck** (Berlin). **Die systematische Untersuchung des Sprachorgans bei angeborenen Gaumendefecten in ihrer Beziehung zur Prognose und Therapie.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar-Februar 1906.*

Die wichtigsten Punkte aus den Schlussfolgerungen des Autors sind folgende: Bei jedem angeborenen Gaumendefecte muss nach der Operation oder der Anlegung eines Obturators eine sorgfältige sprachärztliche Untersuchung sowohl in anatomischer wie physiologischer Hinsicht erfolgen. Durch diese Untersuchung kann erst entschieden werden, ob die erfolgte Operation allein genügt, oder ob noch ausserdem Prothesen angewandt werden müssen. Ausser der bekannten sprachärztlichen Therapie müssen bei allen angeborenen Gaumenspalten Athmungsübungen gemacht werden, welche die zum langen Sprechen nothwendige lange Exspiration erzielen.

SEIFERT.

61) **Charles H. Pack. Operation und Behandlung der Gaumenspalte. Mit Bericht über 8 Fälle. (Operation and treatment of cleft palate. With report of 8 cases.)** *Annals of Surgery. Januar 1906.*

Das Alter von 6 oder 7 Jahren ist das beste für die Operation. Die präliminare Tracheotomie ist nothwendig. Verf. operirt in der Rose'schen Kopflage. Die Zunge wird nach vorn gezogen und mittels einer durch ihre Spitze gelegten Zugnaht festgehalten. Die Ränder der Gaumenspalte werden nun beschnitten, ein sehr schmaler Streifen wird entfernt, der an der Basis der Uvula endet, die gespalten wird. Dies stellt eine wichtige Modification dar. Jetzt werden laterale Incisionen gemacht, die hinten beginnen, wobei darauf geachtet werden muss, dass vorn ein breiter Stiel gelassen wird; mit einem gebogenen Elevatorium wird der Schleimhautperiostlappen abgehoben. Die Spannung wird dadurch vermindert, dass die Gaumenapeunorose und die Schleimhaut am hinteren Rand des harten Gaumens durchtrennt wird. Nun werden durch die Ränder der Gaumenspalte Nähte gelegt, diese geknüpft und schliesslich eine feine Naht durch die gespaltene Uvula gelegt. Die Operationsmethode ist im Wesentlichen die von Langenbeck angegebene.

EMIL MAYER.

62) **Dollinger** (Ofen-Pest). **Gaumennaht.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 13. 1906.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

63) **Seidel** (Berlin). **Melanosarkom des harten Gaumens.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 80. 1906.*

Operationsgeschichte eines Falles von Melanosarkom des harten Gaumens und Zusammenstellung von 11 weiteren Fällen aus der Literatur. Die Aspirationspneumonie wird vermieden durch Anwendung einer leichten Morphium-Chloroformnarkose, sitzende Stellung und vorangehende Carotisunterbindung.

SEIFERT.

64) **John J. Kyle. Cyste des Ductus thyreo-glossus. Bericht über einen Fall. (Cyst of the thyro-glossus duct. Report of a case.)** *The Laryngoscope. November 1905.*

Patientin, eine 42jährige Frau, hat zuerst über Schmerzen und Anschwellung

vor vier Jahren geklagt. Zeitweise tritt an der Stelle der Cyste Anschwellung und Empfindlichkeit auf mit einem Bedürfniss zu schlucken, als ob etwas auf der Zungenbasis sässe, bisweilen auch schaumiger Auswurf. Die Cyste besteht 1 bis 2 Wochen, dann verschwindet sie, um in fast regelmässigen Intervallen wieder zu erscheinen. Mit der Zeit wurde das Schlucken immer mehr erschwert und auch Nachts traten Beschwerden auf.

EMIL MAYER.

65) **Hochsinger** (Wien). **Glossitis luetica interstitialis.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde, 14. December 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 2. 1906.*

5 Monate altes Kind. Zunge vergrössert, dunkel cyanotisch, in den hinteren zwei Dritteln infiltrirt.

CHIARI

66) **R. S. Hamilton. Acute Glossitis. (Acute glossitis.)** *Journal of the South Carolina Medical Association. 21. Februar 1906.*

Verf. hat zwei Fälle von acuter parenchymatöser in Abscessbildung ausgehender Entzündung der Zunge gesehen, die beide geheilt wurden.

EMIL MAYER.

67) **W. Dubar. Ein sublingualer Abscess tonsillären Ursprungs. (A sublingual abscess of tonsillar origin.)** *N. Y. Medical Journal. 14. April 1906.*

Im vorliegenden Fall lag der Abscess unmittelbar über dem Zungenbein und folgte einem Morcellement der Tonsillen in vier Sitzungen. Der Abscess enthielt ein Wasserglas voll Eiter. Er wurde mittels einer 5 cm langen, in der Medianlinie gelegenen Incision entleert.

LEFFERTS.

68) **Morestin. Angiom der Zunge. (Angiome de la langue.)** *Société anatomique. 15. December 1905.*

Grosser Tumor der Zunge. Abtragung. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um einen Gefässtumor handelte.

PAUL RAUGÉ.

69) **E. Riccioli. Ein seltener Fall von Zungentumor. (Un rare caso di tumore della lingua.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1906.*

Der Tumor sass genau an Stelle der vorletzten Papilla circumvallata des linken Astes des V, das die Papillen an der Zungenbasis bilden. Er hatte die Grösse einer Nuss, war leicht gelappt und zeigte einige kleine Erhabenheiten und Unebenheiten. Der Tumor war mittels eines feinen Stiels am Rande der Papille befestigt, von fast violetter Farbe. Nach dem Ergebniss der histologischen Untersuchung des entfernten Tumors bezeichnet Verf. den Tumor als ein Fibroangioma hypertrophicans pedunculatum.

FINDER.

70) **N. Biagi. Ein Fall von Endotheliom in der Gegend der Zungentonsille und kurze Hinweise über die Pathologie der letzteren. (Un caso di endotelioma nella regione dell'amigdala linguale e brevi cenni sulla patologia di questa.)** *Veröffentlichungen der Otorhinolaryngiatrischen Klinik in Rom (Director Ferreri). Rom 1904.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Pathologie der Zungentonsille. In dem

mitgetheilten Falle fand sich ein nussgrosser Tumor auf der Zungenbasis, der mittels Pharyngotomia lateralis inferior suprahyoidea entfernt wurde; aus der histologischen Untersuchung ergab sich die endotheliale Natur des Tumors.

FINDER.

71) **Nathaniel B. Potter. Der Werth der Virchow'schen glatten Zungengrundatrophie bei der Diagnose der Syphilis. (The value of Virchow's smooth atrophy of the base of the tongue in the diagnosis of syphilis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 8. März 1906.*

Verf. geht von der Lewin-Heller'schen Arbeit aus, deren Inhalt er in kurzem wiedergiebt. Er hat 71 Fälle mit dem Kehlkopfspiegel untersucht, doch war diese Methode durchaus unbefriedigend; mehr Erfolg hatte die Palpation. Patient wurde aufgefordert, die Zunge soweit wie möglich vorzustrecken. Der Untersucher hielt die Zunge mit der linken Hand fest, führte dann den durch einen Gummiüberzug geschützten Zeigefinger der rechten Hand längs des Zungenrückens entlang, bis er die Papillae circumvallatae erreichte; dann wurde die hinter diesen gelegene Region sehr vorsichtig abgetastet. Verf. kommt zu folgenden Resultaten:

1. Eine normale Zungenbasis ist wahrscheinlich von grosser diagnostischer Bedeutung, insofern sie eine alte syphilitische Affection ausschliesst.

2. Eine typische Atrophie der Zungenbasis spricht in den meisten Fällen für Syphilis.

3. Eine mässige oder wenig ausgesprochene Atrophie der Zungenbasis hat wenig diagnostischen Werth.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

72) **Scheiber** (Vöklamarkt). **Ein Beitrag zur Prophylaxe bei Diphtheritis.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

Günstige Erfolge von ausgedehnter Präventivimmunisirung, wodurch nicht nur die Gefahr der Erkrankung gebrochen, sondern auch der Epidemie selbst rasch ein Ende bereitet wird.

CHIARI.

73) **K. Zucker** (Genf). **Ueber den Effect des Diphtherie-Heilserums bei wiederholter Erkrankung und Injection.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

Von 2323 wegen Diphtherie behandelten Kranken kehrten 21 mit unzweifelhafter zweimaliger und 3 mit drittmaliger Diphtherieerkrankung wieder. Intervall zwischen erster und zweiter Erkrankung ist 1 Monat bis $5^1/_2$ Jahre. Der Typus der späteren Erkrankung ist kein augenfällig leichterer als jener der ersten Erkrankung. Der Effect der Serumtherapie bei späterer Erkrankung ist derselbe wie bei einer Ersterkrankung.

CHIARI.

74) **R. C. Longfellow. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (The diagnosis and treatment of diphtheria.)** *American Medicine Compendium. März 1906.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass durch die Anwendung des Antitoxin die Mortalität auf weniger als 9 pCt. reducirt worden ist. Auch ist die Dauer der

Erkrankung abgekürzt. Es empfiehlt sich, gleich zu Beginn grosse Dosen anzuwenden. Auch bei Verdacht auf Diphtherie sollen mittlere Dosen gebraucht werden, ohne dass man das Ergebniss der pathologischen Untersuchung abwartet.

EMIL MAYER.

75) **J. D. Rolleston. Antidiphtherieserum per os. (Antidiphtherial serum by the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1906.*

Verf. ist bezüglich der neuerdings von einigen Autoren gerühmten Wirksamkeit des Diphtherieheilserum als Prophylacticum per os sehr skeptisch und glaubt, dass die darauf bezüglichen Schlussfolgerungen sich auf zu wenig Beobachtungen gründen. Dagegen ist der Werth der präventiven Injectionen unbestreitbar.

LEFFERTS.

76) **Theodoroff** (Russland). **Ueber Serumexantheme. (Des exanthèmes postsero-thérapeutiques.)** *Dissertation. Lausanne 1905.*

Einstweilen nicht erhältlich.

JONQUIÈRE.

77) **Lynn S. Beals. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie bei einem 3 Monate alten Säugling. (A case of laryngeal diphtheria in a nursing baby 3 months old.)** *Buffalo Medical Journal. Januar 1906.*

Die Infection erfolgte durch einen älteren an Nasendiphtherie erkrankten Bruder. Die Krankengeschichte ist sehr unvollständig.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **R. Stevani. Ueber die Tonhöhe der Vocale in der italienischen Sprache. (Sull'altezza tonale delle vocali in lingua italiana.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. IV. 1904.*

Ver. ist auf Grund von 100 Untersuchungen zu dem Resultat gelangt, dass zwischen den Ergebnissen, die Hermann für die deutsche Sprache gefunden und denen, die sich ihm selbst für das Italienische ergeben, geringe Unterschiede bestehen.

FINDER.

79) **A. Barth** (Leipzig). **Die Tonhöhe der Sprechstimme.** *Gesellschaft Sächsisch-thüringischer Kehlkopf- u. Ohrenärzte. Sitzung am 17. Februar 1906.*

Die Tonhöhe der Sprechstimme liegt innerhalb dreier Octaven zwischen C und c^2. Alle Untersuchten, darunter eine grössere Zahl Nichtdeutscher aus den verschiedensten Ländern Europas, Männer, Frauen und Kinder, sprechen in c-dur, d. h. ihre Stimme liegt in c, g oder seltener e. Die tiefe Octave C bis c ist selten. Die meisten Männerstimmen liegen auf c bis c^1, die Frauen- und Kinderstimmen auf c^1 bis c^2. Doch kommen nach oben und unten Ausnahmen vor. Diejenigen Stimmen und es sind eine grosse Zahl der Männerstimmen, bei den Frauen vor allem die tiefer liegenden, deren Tonhöhe sich schwer bestimmen lässt, klingen nicht in einem Ton, sondern in zwei, manchmal auch in drei, also in Accorden, welche

sich meist aus c und g, seltener auch mit e zusammensetzen. Also c + g, oder c + e + g u. s. w. Die Frauenstimmen sind nicht meist eine Octave höher als die Männerstimmen, sondern beide treffen sich in der Mehrzahl auf c^1. Bei den Männerstimmen addirt sich dann zum Accord das g, e oder c, bei Frauen das e^1 g oder c^2 hinzu. Nach denselben Gesetzen findet auch das Heben und Senken der Sprechstimme beim gleichen Individuum während des Sprechens (Vortrag), sowie beim eigenthümlichen Singen in der Dialectsprache statt. Die Stimme steigt und fällt in Terzen, Quarten und Quinten zwischen c, e, g, c. Sehr häufig handelt es sich um Accordklänge, bei denen durch Wegfall des tiefsten oder Hinzunahme eines höheren Tones die Stimme steigt, durch Wegfall eines hohen oder Hinzunahme eines tiefen fällt. Also alle Menschen sprachen in c-dur-Harmonie, nur ein weinerlich gestimmter Knabe sprach in moll, bis er sein seelisches Gleichgewicht wiedergefunden hatte. Zwölf untersuchte taubstumme Kinder im Alter von 12 bis 15 Jahren hatten ihre Stimmlage ebenfalls nahe bei c, aber über die Hälfte fielen aus der Harmonie heraus. Ihre Stimmen lagen auf a, h und d! Das Auftreten der harmonischen Accorde wird erklärt durch das Zusammenwirken von Kehlkopf und doppeltem Ansatzrohr, also Verstärkung von Partialschwingungen der Stimmlippen, die auffallende Harmonie in der Sprache der hörenden Menschen wird als von frühester Jugend an erworben betrachtet, da dem menschlichen Ohr Dissonanzen unangenehm sind. AUTOREFERAT.

80) **Brindel. Sprachstörungen infolge einer Juxtapposition der beiden Kieferbögen. (Troubles de la parole par suite d'une juxtaposition des deux arcades dentaires.)** *Société de méd. et de chir. de Bordeaux. 8. December 1905 im Journal de méd. de Bordeaux. 10. December 1905.*

Verf. stellt ein Kind vor mit ausgesprochener nasaler Sprache. Es besteht keine Gaumensegellähmung, jedoch eine Juxtapposition der Kieferbögen. Die Heilung erfolgte durch orthophonetische Uebungen. E. J. MOURE.

81) **G. Hudson Makuen. Bericht und Demonstration zweier interessanter Fälle, der eine eine merkwürdige Kehlkopferkrankung, der andere eine ungewöhnliche Form von Stottern darstellend. (Report and exhibition of two interesting cases; one a curious laryngeal lesion and the other an unusual form of stammering.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Im ersten Fall scheint der linke Aryknorpel dislocirt zu sein; es findet sich dort eine breite Fistelöffnung, die nach unten zwischen jenen und die linke Schildknorpelplatte in das Kehlkopfinnere geht, wahrscheinlich durch den Ventrikel. Unten in dem Fistelgang sieht man deutlich ein Ligament, das ungefähr in gleicher Höhe mit den Stimmbändern ist und das Verf. bisweilen für das linke Stimmband selbst gehalten hat. Das einzige Symptom dieser merkwürdigen Veränderung besteht in einer geringen Heiserkeit.

Im zweiten Fall handelt es sich um die von Wylie beschriebene Sprachstörung, bei der es sich um vergebliche Versuche, mit der natürlichen exspiratorischen Kraft zu sprechen, handelt. In diesem Falle werden fast alle Worte mit der sogenannten „Rückstoss-Phonation" ausgestossen und nur hin und wieder eines

in der normalen Weise, so dass eine im Nebenraum zuhörende Person glauben könnte, dass zwei Personen anstatt einer sprechen.

EMIL MAYER.

82) **Häberlin** (Bern). **Der anatomische Bau des Nervus recurrens beim Kaninchen.** *Berner Dissertation. Berlin 1906.*

Der Nervus recurrens enthält etwa $^2/_3$ grosser markhaltiger Nervenfasern aus dem Centraltheil des Nervus vagus, etwa $^1/_3$ kleiner markhaltiger Fasern aus dem peripheren Theil des Nervus vagus vom Recurrensabgang. Die beiden Fasergruppen verlaufen vom Abgang bis in den periphersten Theil gesondert nebeneinander. Mit dem Laryngeus superior der gleichen und dem Vagus, Laryngeus superior und recurrens der anderen Seite geht er keine Verbindungen ein. Die zwei Drittel grosser Fasern können sowohl motorisch als sensibel sein. Dass sie motorisch sein können, dafür spräche vielleicht das Ueberwiegen derselben im Nervus recurrens insofern, als heute niemand bestreitet, dass der Nerv hauptsächlich motorisch ist und die alte Ansicht, dass grosse Nervenfaserquerschnitte meist motorische Fasern enthalten. Die kleinen Fasern können ebenfalls motorisch oder sensibel sein, obschon letzteres wahrscheinlicher ist. Diese Frage lässt sich mit Hülfe secundärer Degeneration allein nicht entscheiden, wohl aber experimentell auf die bekannte Ausschaltungsweise durch Nervendurchschneidungen. Ob der Vagus nach dem Recurrensabgang Verbindungen mit dem Sympathicus eingeht und auf diesem Wege Reize weiterleitet, oder ob andere Verbindungen vorhanden sind, bleibe dahingestellt oder kann mit Hülfe der secundären Degenerationen der Nerven entschieden werden.

JONQUIÈRE.

83) **Frischauer. Mitralstenose mit Recurrenslähmung.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 10. November 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1905.*

Der Fall wird später ausführlich publicirt. — Bei der sich an die Demonstration anschliessenden Discussion spricht Stoerk über die pathologisch-anatomischen Veränderungen am demonstrirten Präparate obigen Falles.

CHIARI-HANSZEL.

84) **G. Gavello. Die Stimmbandlähmungen bei Mitralfehlern. (Le paralisi delle corde vocali nei vizi mitralici.)** *Bollett. della malattie dell'orecchio, della gola e del naso. No. XI. 1905.*

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die bisher in der Literatur vorhandenen Fälle. Er fügt einen neuen, ein 19jähriges Mädchen betreffenden, hinzu. Pat. verlor eines Morgens plötzlich nach dem Tragen einer schweren Last die Stimme. Sie blieb 10 Tage völlig aphonisch, dann konnte sie mit heiserer Stimme sprechen. Verf. constatirte, als sich Patientin ungefähr $^3/_4$ Jahre nach den ersten Symptomen ihm vorstellte, eine linksseitige Stimmbandlähmung. Die Untersuchung der Brustorgane ergab nichts anderes, als einen Mitralfehler und zwar wahrscheinlich eine reine Stenose mit Dilatation des rechten Ventrikels und des linken Herzohrs.

FINDER.

85) **F. M. Cunningham. Ein Fall von partieller Lähmung des rechten Nervus recurrens infolge Drucks eines Aneurysma des Anfangstheils der rechten A. subclavia. (A case of partial paralysis of the right recurrent laryngeal nerve from the pressure of an aneurism of the first part of the right subclavian artery.)** *Southern Medical and Surgical Journal. April 1906.*

Da einige Collegen das Bestehen einer Lähmung in diesem Falle bestreiten, andere mit dem Verf. in Bezug auf die Annahme eines Aneurysmas nicht übereinstimmen, so bleibt von dem, was der Verf. vorbringt, nicht viel übrig.

EMIL MAYER.

86) **C. Poli** (Genua). **Ueber den Avellis'schen Symptomencomplex. (Sulla sindroma di Avellis.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. III. 1906.*

Verf. hat in der Literatur 71 Fälle zusammengestellt, die er folgendermassen gruppirt:

I. Genuine Form.

a) Klassische Hemiplegia pharyngo-laryngea (eigentliches Avellissches Symptomenbild). 18 Fälle.

b) Schulter-Gaumen-Kehlkopflähmung. 9 Fälle.

c) Zungen-Gaumen-Kehlkopf- und Rachenmuskellähmung (Huhlings-Jackson'scher Symptomencomplex). 16 Fälle.

II. Symptomatische oder associirte Form. Darunter werden die Fälle verstanden, in denen sich zu den oben aufgezählten typischen Formen Lähmungen anderer Muskelgruppen cerebralen oder spinalen Ursprungs hinzugesellen. In diesen Fällen ist eins der oben citirten Symptomenbilder gewöhnlich das Anzeichen für eine Affection des Centralnervensystems. Verf. hat 28 derartige Fälle gesammelt.

Ausserdem stellt Verf. noch eine Gruppe atypischer und gekreuzter Fälle auf. Obwohl bisher erst in 9 Fällen anatomisch-pathologische Befunde vorliegen. kann man, so schliesst Verf., doch folgendes schliessen:

1. In den Fällen, in denen der Symptomencomplex in der genuinen Form auftritt, ist der Sitz der Erkrankung peripher und besonders längs des extracraniellen Verlaufs der Nervenstränge und um so näher an ihrem Austrittspunkt aus der Schädelhöhle, je complicirter das Symptomenbild ist.

2. In den Fällen, in denen es sich um eine der anderen oben genannten Gruppen handelt, ist der Sitz der Erkrankung oft, aber nicht immer central und genauer bulbär.

FINDER.

87) **D. Crossby Green. Eine Studie über den Kehlkopf bei Tabes. (A study of the larynx in tabes.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. Januar 1906.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Kehlkopfstörungen bei Tabes. Von 60 Fällen, die in 3 Hospitälern untersucht wurden, boten 9 (15 pCt.) Complicationen seitens des Larynx; 6 (10 pCt.) zeigten zweifellose Lähmung eines oder beider Stimmbänder und 7 (12 pCt.) litten an Kehlkopfkrisen. Die einzige beob-

achtete Form der Lähmung war die Lähmung der Abductoren; von den 6 Fällen war 5mal die Lähmung einseitig, einmal doppelseitig. LEFFERTS.

88) **G. Gavello. Ueber Kehlkopfstörungen bei Syringomyelie. (Sui disturbi laringei nella siringomielia.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. 1905.*

Verf. berichtet über den Fall einer 31jährigen Patientin mit einer Nervenaffection, deren klinische Diagnose auf Syringomyelie lautete und bei der folgender Kehlkopfbefund erhoben wurde: das rechte Stimmband stand unbeweglich in Cadaverstellung, das linke blieb während der Respiration in der Mittellinie fixirt, überschritt dieselbe etwas bei Phonationsversuchen. Die linksseitige Posticuslähmung musste neueren Datums sein, da Verf. bei einer vor mehreren Monaten vorgenommenen Kehlkopfuntersuchung nur die Lähmung des rechten Stimmbandes gefunden hatte. Bemerkt sei, dass die Musculi sternocleidomastoideus und trapezius in diesem Fall kein Zeichen von Lähmung oder Atrophie und Lähmung zeigten.

FINDER.

89) **Gerardo Sgobbo. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopftuberculose mit Ictus laryngis. (Un caso non commune di tuberculosi laringea con ictus laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. I. 1905.*

Pat. ist ein 46jähriger Mann. Seit 2 Jahren wird er alle 14 Tage zur selben Stunde von Schwindel mit vorübergehendem Verlust des Bewusstseins befallen. Seit drei Monaten, seitdem eine endolaryngeale operative Behandlung angefangen hatte, traten die Erscheinungen nur alle Monat auf und bestehen in spastischen Hustenanfällen mit leichten Gleichgewichtsstörungen, Umnebelung des Bewusstseins, chronischen und spastischen Contractionen in dem oberen und dem rechten unteren Glied. Der Husten ist begleitet von starker Congestion im Gesicht und Hervortreten der Augen. Im Larynx finden sich kleine polypöse Excrescenzen auf den Stimmlippen und in der vorderen Commissur. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Stücke ergab, dass es sich um Tuberculose handelte.

FINDER.

90) **John Edwin Rhodes. Ein Fall von hypertrophischer Kehlkopftuberculose mit Demonstration mikroskopischer Präparate von aus dem Larynx entferntem Gewebe. (A case of hypertrophic laryngeal tuberculosis with exhibition of microscopic preparation of tissue removed from the larynx.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Pat. ist ein 34 Jahre alter Mann, der früher an Gelenktuberculose gelitten hat und jetzt über Heiserkeit klagt. Die Brustuntersuchung ergab nichts Abnormes, im Sputum fanden sich keine Bacillen. Die Taschenbänder waren verdickt, die Aryknorpel desgleichen, in der Interarytenoidgegend ragte eine röthliche papilläre Masse hervor. Beide Stimmbänder waren blass und verdickt. Während des ganzen Verlaufs fanden sich keine Ulcerationen, während monatelanger Beobachtung trat keine Veränderung im Kehlkopf ein. Die mikroskopische Untersuchung eines entfernten Stückes ergab Riesenzellen und Tuberkelbacillen. EMIL MAYER.

91) **W. G. B. Harland. Diagnostischer und prognostischer Werth einer Halsuntersuchung bei Lungentuberculose. (Diagnostic and prognostic value of an examination of the throat in pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 10. März 1906.*

Die Untersuchung des Halses lenkt bisweilen die Aufmerksamkeit auf eine unvermuthete Lungentuberculose; ist das Bestehen einer solchen bekannt, so giebt die Halsuntersuchung einen werthvollen Anhalt für die Prognose. LEFFERTS.

92) **F. Massei. Ueber einige Punkte der Localbehandlung bei Kehlkopftuberculose. (Su alcuni punti di cura locale della tubercolosi laringea.)** *Gazetta internazionale di Medicina. December 1905.*

Verf. betont, dass uns mit den uns heute zur Verfügung stehenden Mitteln eine Heilung der Tuberculose möglich ist. Er giebt eine gedrängte Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden. Besonders ausführlich behandelt er die endolaryngealen und endotrachealen Injectionen, die er als ein werthvolles Mittel nicht nur gegen Kehlkopf-, sondern auch gegen Lungentuberculose betrachtet. FINDER.

93) **W. Peyre Porcher. Ruhe, ein Factor in der Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Rest in the treatment of laryngeal and pulmonary tuberculosis.)** *American Journal of Medical Sciences. September 1905.*

Verf. betont die günstige Wirkung, die man bei Kehlkopf- und Lungentuberculose durch völlige Ruhe erzielt. EMIL MAYER.

94) **Edward D. Sinks. Behandlung der tuberculösen Halsaffectionen. (The treatment of tubercular throat affections.)** *Texas Medical News. Februar 1906.*

Verf. hat sich mit Vortheil Adrenalinsprays (1 : 1000) mit nachfolgendem Spray von Mentholöl bedient. EMIL MAYER.

95) **Collet** (Lyon). **Heliotherapie bei einer tuberculösen Kehlkopferkrankung. (Héliotherapie dans une lésion tuberculeuse du larynx.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 27. December 1905.*

Es handelt sich um einen 33jährigen Mann mit sehr vorgeschrittener Larynxphthise, die unter dem Einfluss der Heliotherapie in einigen Monaten heilte. Verf. weist auf die Einfachheit und Unschädlichkeit dieser Behandlung hin.

PAUL RAUGÉ.

96) **Geeraert. Ausgebreitete Trachealtuberculose. (Tuberculose trachéale étendue.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. No. 2. 1905.*

Verf. zeigt in der anatomopathologischen Gesellschaft, Sitzung vom 4. November 1904 die Organe eines Tuberculösen vor, unter welchen sich die Trachea beinahe in ihrer ganzen Ausdehnung mit tiefen tuberculösen Läsionen besät zeigt.

PARMENTIER.

f. Schilddrüse.

97) **A. Kocher. Ueber die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen. Ein Beitrag zur Physiologie der Schilddrüse.** *Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 14. S. 359. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

98) **Aeschbacher** (Radelfingen). **Ueber den Einfluss krankhafter Zustände auf den Jod- und Phosphorgehalt der Schilddrüse.** *Berner Dissert. Jena 1905.*

Beschreibung der chemischen Untersuchungsmethoden an 61 Schilddrüsen aus dem Spital in La Chaux de Fonds. Ergebnisse: Das Colloid ist der hauptsächlichste Träger des Jods. Es ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden jodhaltig. Das Jod scheint auch in den Follikelzellen enthalten zu sein. Das dünnflüssige, Vacuolen enthaltende, sich mit Eosin stark färbende Colloid scheint jodreicher zu sein, als das alte concentrirte. Der Jodgehalt ist in Kropfgegenden grösser als in anderen. Die absolute Jodmenge übertrifft diejenige der normalen Schilddrüse, die relative ist beim Kropfe jedoch etwas geringer. Der Phosphorgehalt nimmt bei der einfachen Hypertrophie nicht zu wie bei den Colloidstrumen. Das von Kocher aufgestellte Wechselverhältniss zwischen Jod- und Phosphorgehalt bestätigt sich im Allgemeinen. Die Strumen sind im Kindes- und Greisenalter weniger jodhaltig. Beim weiblichen Geschlecht sind die Schilddrüsen grösser und bedeutend jodhaltiger. Die acuten Infectionskrankheiten bedingen in der Mehrzahl der Fälle eine ausgesprochene Verminderung des Jods. Krankheiten, welche zu Circulationsstörungen führen, bewirken eine deutliche Verminderung des absoluten und des relativen Jodgehalts. Der chronische Alkoholismus scheint, wie auch die histologische Beschaffenheit der Schilddrüse, so auch auf deren Jod- und Phosphorgehalt schädigend einzuwirken. Die medicamentöse Verabfolgung von Jod oder Verbindungen desselben, besonders die innerliche Darreichung des Jodkaliums steigern den Jodgehalt. Andere Ergebnisse siehe Arbeit von Sarbach.

JONQUIÈRE.

99) **Charles H. Mayo. Struma; nebst Bericht über 182 Schilddrüsenoperationen. (Goitre, with a report of 182 operations upon the thyreoid.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Januar 1906.*

Die Chirurgie der Schilddrüse hat sich als sehr erfolgreich erwiesen: innerhalb 50 Jahren ist die Mortalität von 40 pCt. auf weniger als 3 pCt. gefallen, bei Kocher beträgt sie nur 2 pCt. Die Mehrzahl der Fälle bei jugendlichen Individuen geht auf medicamentöse Behandlung zurück. Die günstige Wirkung der Sympathicusresection beruht zum Theil darauf, dass die Lymphgefässe durchschnitten werden und so die Schilddrüse drainirt wird. Während der letzten 17 Jahre hat Verf. 182 Fälle operirt; in 9 Fällen erfolgte ein tödtlicher Ausgang. LEFFERTS.

100) **P. East. Behandlung des Kropfes durch Jod und Kampherlösung. (Treatment of goitre by jodine and camphor solution.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Verf. behandelt die Struma mit einer concentrirten Jodtinctur, zu der er

Campher in Lösung hinzusetzt. In 300 Fällen hatte er sehr gute Resultate. Mehrmals wiederholte Pinselungen mit dieser Lösung auf die Struma hatten rapide Abnahme der Schwellung zur Folge und schliesslich kamen auch grosse Strumen gänzlich zum Verschwinden. Nach $1^1/_2$ Jahren war kein Anzeichen von Recidiv vorhanden. Der Effect der Tinctur auf die Haut ist ziemlich stark.

LEFFERTS.

101) **H. H. Fletcher. Medicamentöse Behandlung der Struma. (Medical treatment of goitre.)** *American Medical Compendium. Februar 1906.*

Besonders wirkungsvoll ist Jod, das am besten in Leberthran gegeben wird. Jede ungünstige Nebenwirkung kann durch eine gleich grosse Gabe von Bromkali ausgeglichen werden.

EMIL MAYER.

102) **Max Ballin. Chirurgie der Schilddrüse. (Surgery of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Februar 1906.*

Verf. bespricht die chirurgische Behandlung der Entzündungen und der verschiedenen Formen von Neubildungen.

LEFFERTS.

103) **Charles H. Mayo. Die chirurgische Behandlung der Struma. (The surgical treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 14. April 1906.*

Verf. stützt sich auf ein Material von 200 Fällen und behandelt die ganze Chirurgie der Schilddrüse. Er empfiehlt bei Morbus Basedowii einen Lappen und den Isthmus zu entfernen und, wenn die Symptome recidiviren, auch den unteren Theil des stehengebliebenen Lappens wegzunehmen. In schweren Fällen soll dies bereits bei der ersten Operation gethan werden. Bei harten und unregelmässig gestellten Tumoren soll in Anbetracht der Möglichkeit, dass es sich um maligne Tumoren handelt, frühzeitig operirt werden. Wenn man die Fälle von Morbus Basedowii und malignen Tumoren ausschliesst, so war bei den 200 Operationen nur ein Todesfall.

LEFFERTS.

104) **Robert W. Hardon. Chirurgische Behandlung der Struma. (Surgical treatment of goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 17. Februar 1906. N. Y. Medical Journal. 24. Februar 1906.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii günstige Resultate hatte. Seine Folgerungen sind diese: 1. Jeder unregelmässig gestaltete Tumor der Schilddrüse, gleichgültig, wie klein er ist, soll entfernt werden, da einzig so gehofft werden kann, das Leben derjenigen zu erhalten, die einen malignen Tumor haben. 2. Jeder regelmässig gestaltete Tumor der Schilddrüse, der ausser der Deformität andere Symptome verursacht, soll resecirt werden, wenn nach mehrere Monate lang fortgesetzter medicamentöser Behandlung sich keine Besserung zeigt.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

105) **Baron** und **Cunning. Ein Fall von Speiseröhrendivertikel, erfolgreich durch Excision behandelt. (A case of oesophageal pouch successfully treated by excision.)** *Lancet. 8. April 1905.*

Pat. ist eine seit 8 Jahren an Dysphagie leidende Frau. Ihr Aussehen ist das einer an maligner Erkrankung leidenden Person. Eine Anschwellung lässt sich nicht fühlen, doch kann man durch beiderseitigen Druck über der Speiseröhre Gas in die Mundhöhle drücken. Ein dünnes Bougie konnte bis in den Magen eingeführt werden. Man fand auf der linken Seite des Oesophagus eine grosse Geschwulst, die sich als ein Divertikel ergab und die entfernt wurde. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

106) **Walter C. Wood. Ein Fall von Speiseröhrendivertikel. (A case of oesophageal pouch.)** *Brooklyn Medical Journal. Mai 1905.*

Pat. ist eine 53 jährige Frau. Bereits vor 5 Jahren war die Diagnose auf ein Oesophagusdivertikel gestellt worden. Vor 2 Jahren Gastrotomie. Pat. befindet sich sehr wohl und ernährt sich durch den Schlauch.

EMIL MAYER.

107) **T. Gerry Morgan. Divertikel der Speiseröhre nebst Bericht eines Falles. (Diverticulum of the oesophagus with report of case.)** *N. Y. Medical Journal. 30. September 1905.*

Verf. giebt eine Eintheilung, Symptome, Diagnose und Behandlung der Speiseröhrendivertikel. In zugänglichen Fällen der Cervicalregion sind chirurgische Maassnahmen zur Radicalbehandlung anwendbar; in nicht-chirurgischen Fällen soll man das Divertikel durch Irrigationen rein halten. Es sollen adstringirende und antiseptische Mittel dazu gebraucht werden. Eine geeignete Ernährung ist von grösster Bedeutung. Sorgfältige Auswahl leicht zu schluckender Nahrung, vorsichtiges Essen und Offenhalten der Speiseröhrenpassage durch grade Bougies sind anzurathen.

In extremen Fällen Fütterung durch den Schlauch, eventuell Gastrotomie.

LEFFERTS.

108) **J. Bryant. Myom des Oesophagus. (Myoma of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 6. Januar 1906.*

Verf. berichtet über 2 Fälle; beide betreffen Personen im mittleren Lebensalter. In einem Fall war ausgesprochene Strictur in Folge des Tumors, der 3,2 : 3 : 2,5 cm maass; es bestanden auch Knötchen und Ulcerationen an der Cardia und am Fundus des Magens. Im anderen Fall waren keine klinischen Symptome einer Strictur vorhanden. Beide Fälle wurden gelegentlich der Autopsie zufällig entdeckt.

LEFFERTS.

109) **Lenoble** und **Ottila** (Brest). **Speiseröhrenkrebs mit Durchbruch in die Lunge. (Cancer oesophagien ouvert dans le poumon.)** *Société anatomique. 3. November 1905.*

Es hatte sich in der Lunge ein Hohlraum gebildet, der zu allen Symptomen eines Pneumothorax Anlass gab.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) A. v. Sokolowski, Klinische Vorlesungen über Krankheiten der Athmungsorgane. III. Bd. 1. Theil: **Krankheiten des Brustfells und Mediastinum.** 2. Theil: **Lungenschwindsucht.** 809 Ss. Warschau 1906.

Im Jahre 1902 begann Verfasser, dessen wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der inneren Krankheiten und der Krankheiten des Kehlkopfs allgemein bekannt und wohlgewürdigt sind, sein in grossem Stile angelegtes Werk: „Klinische Vorlesungen über Krankheiten der Athmungsorgane“ herauszugeben.

Ueber den ersten Band, welcher über die Krankheiten der Luftröhre handelte, habe ich schon seiner Zeit an dieser Stelle referirt. Der zweite Band über die Krankheiten der Lunge kam im Jahre 1904 heraus. Der dritte und zugleich der letzte umfasst die Krankheiten des Brustfells und Mediastinum und die Lungenschwindsucht. Nach kurzer Darlegung anatomischer Thatsachen über Mediastinum und Mediastinaldrüsen beschreibt Verf. die verschiedenen krankhaften Processe in dieser Gegend also z. B. Lymphadenitis tracheobronchialis simplex, Neoplasmata etc.

Der grösste Theil dieses Bandes ist der Lungenschwindsucht gewidmet, wobei ein besonderes Capitel über die Schwindsucht des Kehlkopfes resp. des Halses und der Nase und ihrer Heilungsmethoden handelt.

Nachdem Verf. auf die Häufigkeit dieser Combination ($^1/_4$ aller Fälle der Lungenschwindsucht) den Leser aufmerksam gemacht hat, bearbeitet er vor allem eine besondere Art der Lungenschwindsucht, nämlich die von ihm sogenannte Phthisis pseudolaryngea. Sie ist gekennzeichnet durch einseitige Veränderung der Stimmbänder und der hinteren Wand (sog. Excrescentiae). Was nun die Heilmethoden der Schwindsucht im Kehlkopfe betrifft, so legt Verf. das Hauptgewicht auf allgemeine und zwar besonders auf sanatorische hygienisch-diätetische Maassnahmen. Aber auch die locale Behandlung ist unentbehrlich, schon um die krankhaften Veränderungen d. h. Geschwüre, Infiltrate zu entfernen, wobei Verf. die Einstreuung von Jodol in Verbindung mit Cocain (4,0 : 0,2—0,4) und Pinseln mit Carbolmenthol (auf 2,5—5,0:50,0 Glycerini + Spir. vini q. s. ad solut.) empfiehlt. Auch die chirurgische Behandlung sieht Verf. mit Recht skeptisch an und beschränkt deren Anwendung auf Fälle von besonders gutem allgemeinen Zustande und geringen Veränderungen in der Lunge. Als Beweis der grossen Bedeutung dieses Riesenwerkes über die Krankheiten der Athmungsorgane mag die Thatsache dienen, dass dieses Werk von der Kaiserl. Akademie der Wissenschaft in Krakau soeben prämiirt worden ist als die beste polnische medicinische Arbeit in den letzten 5 Jahren. J. Sendziak.

b) C. Jersild, Syphilis im Munde und Schlunde. (Syphilis i Mund og Svälg.) Mit 20 Abbildungen im Text. 52 Ss. Kopenhagen 1905.

Der Verf. hat in dieser Arbeit drei für zahnärztliche Studirende gehaltene Vorträge veröffentlicht.

In der ersten Vorlesung wird Syphilis im Allgemeinen behandelt. In der zweiten Vorlesung werden die syphilitischen Affectionen im Munde und

Schlunde besprochen, während die dritte Vorlesung die Diagnose und Differentialdiagnose behandelt. Die Arbeit ist mit schönen photograpischen Abbildungen versehen. E. Schmiegelow.

---

c) Belgische oto-larnyngologische Gesellschaft.

Ausserordentliche Versammlung. Brüssel, 10. December 1905.

Vorsitzender: J. Lecocq.

I. Vorzeigen anatomischer Präparate.

De Stella (Gent): Osteom des Siebbeins.

Der zweite Fall von Osteom, welchen in dieser Gegend zu operiren der Autor Gelegenheit hatte. Der erste Fall kam bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren zur Beobachtung. Der Tumor nahm die ganze linke Nasenhälfte, den Sin. maxill. und das Cavum pharyngis ein; die Nasomaxillaroperation (ohne Resection der vorderen Wand des Sin. maxill.) war sehr mühsam; trotzdem gelang es, die ganze Geschwulst zu entfernen, welche das Auge verdrängt hatte, ohne in die Orbita durchzubrechen. Der Exophthalmus verschwand nach der Operation vollständig. Beim zweiten Fall handelte es sich um einen 22jährigen jungen Mann, ebenfalls mit Exophthalmus und sehr vorgeschrittener Blindheit. Man konnte einen harten, knöchernen Tumor fühlen, der die ganze Orbita ausfüllte und mit breiter Basis am Siebbein, am Os unquis und Os planum inserirt war. Die sehr einfache Operation bestand diesmal in der Reclination des Auges nach aussen nach einer Incision längs des oberen Orbitalrandes. Der freigelegte Tumor wurde sodann mittelst Hohlmeissels und Hammers entfernt. Im Gegensatz zum vorhergehenden Falle hatte der Tumor die Siebbeinzellen nicht berührt und sich vollständig in der Orbita entwickelt; daraus erklärt sich die rasche Amaurose. Der Autor betont noch die vorzeitige Blindheit, welche die Entwickelung dieser knöchernen Neubildungen nach sich zieht; es ist ein charakteristisches Zeichen und in Fällen von Neuritis optica durch Compression sollte man an orbitäre Knochentumoren denken. Die beste Operationsweise wird immer die nasomaxilläre Methode bleiben.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Blinde, äussere Bronchialfistel, weche der Autor bei einem 5monatlichen Kinde zu spalten Gelegenheit hatte. Die äussere Oeffnung, unterhalb des Kehlkopfes gelegen, hatte eine circa 1 cm breite Oeffnung und gestattete leicht das Einführen eines Bleistiftes. Der Fistelgang, ungefähr von gleichem Durchmesser wie die äussere Oeffnung, war 6 cm lang und endete in einem Blindsack über der Gabelung des Sternocleidomastoideus.

Derselbe: Vorwärtsliegende Siebbeinzelle; interessantes, anatomisches Präparat, welches an der vorderen Seite des Sin. frontal. eine enorme Siebbeinzelle aufweist, die förmlich einen supplementären Sin. frontal. darstellt; diese Zelle hat einen Ausführungsgang in den Hiatus semilunaris mit einer neben und nach innen von der des Sin. frontal. gelegenen Oeffnung. Der Autor betont die Bedeutung der anormalen anatomischen Verhältnisse für die chirurgische Behandlung der Sinusitiden.

Derselbe: Scheidewand im Sinus maxillaris; sehr interessanter Sectionsbefund, welcher den Sin. maxill. durch eine schräg von vorne nach hinten ziehende Scheidewand in zwei Räume getheilt zeigt. Im oberen Raum befand sich das Ostium maxill. und ein accessorisches Ostium. Der untere Raum zeigte keine Communication mit der Nase.

II. Vorzeigen von Instrumenten.

Trétrop (Antwerpen): Taschenapparat für geringvoltige Lampen für die Stadtstromleitung; sehr portativ und nicht voluminöser als ein Buch, ausgezeichnet functionirend, stellt sich Trétrop's neuer Stromreductionsapparat dar; derselbe versorgt nach Belieben Lampen von 4—10 Volt, folglich Salpingoskop, Spiegel von Clar und die verschiedenen Photophoren. Der ganze Apparat wiegt nur 500 g und bildet einen ausserordentlich nützlichen Hülfsapparat überall, wo man über den Stadtstrom verfügt.

III. Kranken-Vorstellung.

Jaumenne: Ein Fall von Oberkieferabtragung wegen Carcinoms.

Fall eines von Dr. Cheval in der Rose'schen Kopflage wegen bösartiger Oberkiefergeschwulst operirten Kranken, ohne vorausgeschickte Tracheotomie. J. macht darauf aufmerksam, dass die letzte Phase der Operation, die Totalentfernung des knöchernen Blocks, sich selten realisiren lässt infolge der ungenügenden Resistenz des Oberkiefers; es wäre eher angezeigt, die Abtragung der Tumoren durch Zerstückelung vorzunehmen und die Ligatur der Carotis ext. behufs Vermeidung der Hämorrhagie auszuführen, wenn sich Metastasen in der Regio carotid. vorfinden.

Discussion:

Auf die Frage Broeckaert's hinsichtlich der Ausdehnung und des Ausgangspunktes des Carcinoms antwortet J., dass dasselbe den ganzen Sinus maxill. eingenommen habe.

Broeckaert ist der Ansicht, dass man nicht immer den ganzen Kiefer reseciren und in gewissen Fällen den harten Gaumen und den Orbitarand schonen solle, und zwar vom ästhetischen Standpunkte aus. Immerhin müssen alle kranken Kiefertheile und ein Theil des gesunden Gewebes entfernt werden; aber gegenwärtig scheine die Totalkieferresection auf die Operationen im Secirsaal beschränkt zu sein. Das sei wenigstens die Ansicht von Fort selbst, nach welchem man sich in jedem einzelnen Falle zu richten habe.

Beco unterstützt diese Anschauungen; es sei nicht blos der ästhetische Standpunkt, welcher zu einer weniger grossen Operation, als die Totalresection darstellt, hinweise, sondern auch ein practischer Zweck. Es ist nicht indifferent für einen Kranken, einen harten Gaumen zu haben oder keinen. Nach Eröffnung des Antrums und Auffindung des Ausgangspunktes der Geschwulst richte man seine Handlungsweise nach den vorliegenden Indicationen ein.

Goris: Stirnsiebbeinmucocele.

Vorstellung einer Kranken, welche seit 8 Monaten am inneren, rechten

Orbitalwinkel Trägerin einer haselnussgrossen Geschwulst war. Die Geschwulst hatte einen bedeutenden Exophthalmus verursacht. Bei der Operation zeigte es sich, dass man es mit einer, einen Theil des Siebbeins und der beiden Stirnhöhlen einnehmenden Mucocele zu thun hatte. Die Operation bestand in der Resection der vorderen und unteren Stirnhöhlenwand, um das Verkleben der Haut mit dem Knochen zu ermöglichen, den Sinus frontalis durch die Nase zu drainiren und das Siebbein zu entfernen: Heilung in 5 Tagen.

Discussion:

Hennebert hat einen ähnlichen Fall bei einer 50jährigen Frau operirt. welche neben einem bedeutenden Exophthalmus eine starke Hypertrophie der mittleren Muschel darbot. Letztere wurde theilweise entfernt, zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung endotheliomatöses Gewebe. Im Verlaufe der Operation entdeckte Hennebert eine Mucocele der vorderen Siebbeinzellen, welche den Boden des Sinus frontalis zerstört hatten. Der Canal. nasofrontalis war durch Knochengewebe vollständig verlegt, und man musste zur äusseren Drainage greifen. Folgen der Operation normal. H. bestätigt die Seltenheit der Mucocele.

Goris: In der Mehrzahl der Fälle existire kein Symptom von Seiten der Nase; derartige Tumoren entwickelten sich, sei es auf Kosten der Zellen, sei es auf Kosten der Lamina papyracea des Siebbeins.

Derselbe: Rhinoplastik für Nasencarcinom.

Ohne sich bei der Beschreibung der Rhinoplastik aufhalten zu wollen, hat der Autor die Absicht, ein Detail der operativen Medicin hervorzuheben, welches das Einsinken der durch den Stirnlappen gewonnenen membranösen Nase zu verhindern bezweckt. G. versuchte, loszulösen, was vom knöchernen Nasengerüste übrig bleibt und diesen häutigknöchernen Lappen von unten nach oben umzuschlagen mit der Hautfläche nach innen, um dem darauf herabgeleiteten Stirnlappen eine solide Unterlage zu verschaffen.

Broeckaert (Gent): Sinusonasalausräumung. a) für Nasentumoren.

Vorstellung eines 30jährigen, vor Monaten wegen eines die linke Nasenhöhle vollständig verstopfenden Tumors, welcher in den Sinus maxillaris eingedrungen war, operirten Kranken. Derselbe hatte wiederholtes Nasenbluten und die Operation auf natürlichem Wege war wegen der profusen Blutungen unmöglich. Der Tumor hatte seinen Ausgangspunkt im Siebbeinlabyrinth, welches total resecirt wurde nach Abtragung des aufsteigenden Oberkieferastes und des Nasenbeins. Resection der vorderen Wand des Sinus maxill. und der intersinusonasalen Scheidewand. Die rhinoskopische Untersuchung zeigt innen eine geräumige Höhle mit glatten Wänden, hier und da von dünnen adhärenten Krusten bedeckt. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um ein in teleangiectatischer Degeneration begriffenes Fibromyom.

b. Für unilaterale Pansinusitis.

Nach dem vom Autor in der Jahresversammlung vom vergangenen Juni mitgetheilten Verfahren operirten Fall eines an linksseitiger Pansinusitis leidenden Kranken. Ausser den gewöhnlichen Symptomen bestand vor der Operation sehr

heftiger Kopfschmerz, begleitet von Schwindel. Der Frontalsinus zeigte eine Verlängerung nach oben, die aber nicht tief ging; derselbe wurde von seiner unteren Wand aus eröffnet. Resection eines Theils des Orbitalrandes und der vorderen Wand; sehr befriedigendes Resultat in Bezug auf Aesthetik.

c) Für Ozaena.

Vorstellung von zwei Kranken mit prononcirter, typischer Ozaena, wovon der eine durch Ausräumung, der andere durch Ausräumung, combinirt mit Paraffinprothese der Muscheln, geheilt wurde. Augenblicklich ist keine Spur von Geruch mehr vorhanden, obgleich die Operirten seit einigen Wochen keine Nasenausspülungen mehr vorgenommen hatten. Es sind zwar noch einige kleine Krusten vorhanden, besonders bei dem Kranken, dessen Kieferhöhle vollständig eröffnet und curettirt worden, infolge dessen natürlicher Weise keine untere Muschel mehr vorhanden ist. Bei dem anderen wurde die untere Partie der Sinusonasalscheidewand unterhalb der unteren Muschel verschont. Um durch die chirurgische Behandlung die Heilung der Ozaena zu erzielen, kommt es darauf an:

1. Das Siebbein radical zu entfernen;
2. die Keilbeinhöhle gründlich zu curettiren;
3. die mittlere Muschel zu reseciren;
4. die untere Muschel bestehen zu lassen, wenn es gelungen ist, dieselbe vermittelst Paraffininjection zu restauriren, sonst drängt sich deren Radicalabtragung auf;
5. die Kieferhöhle weder zu eröffnen noch zu curettiren, wenn man sich ihrer Integrität versichert hat;
6. die Schleimhaut der inneren Sinusonasalwand vollständig zu entfernen und
7. nöthigenfalls die chirurgische Behandlung dadurch zu vervollständigen, dass man, Guisez's Rathschlägen folgend, Paraffin in Nasenscheidewand und -boden injicirt, um die secundäre Bildung von Krusten zu verhindern.

An der Discussion betheiligen sich Hennebert, Beco, Merckx, Buys, Delsaux, der sich gegen die Erhaltung der unteren Muschel ausspricht, de Ponthièrere, Goris, welcher an die von ihm vor 5 Jahren mitgetheilte Operationsmethode doppelseitiger Polysinusitiden erinnert und welche ein ebenso radicales, wie elegantes Verfahren bilde, um zu gleicher Zeit alle Nebenhöhlen zu operiren, worauf Broeckaert sich als überzeugter Anhänger der Moure'schen Operation ausspricht; in Bezug auf die Incision müsse man diejenige wählen, welche am meisten Licht gewähre, und das bekomme man am besten mit der von ihm empfohlenen Incision, während die Panas'sche ungenügend sei. — Was die Behandlung der Ozaena anbelange, so bestehe er auf der Nothwendigkeit, das ganze Siebbein zu entfernen und den Sin. sphenoid. gehörig zu curettiren. Weit entfernt, die untere Muschel zu entfernen, müsse man dieselbe bewahren, sie sogar vermittelst solider Paraffininjectionen wieder herstellen. Er führt, wie Hennebert, die Localisation der ozaenatösen Krusten auf dem Boden der Nasenhöhle auf das Gesetz der Schwere zurück und erblickt nicht die geringste Schwierigkeit darin, die Entfernung der Intersinusalwand zu beschränken, vorausgesetzt, dass man im Besitze einer guten Hohlmeisselzange sei. Den Gesichtspunkt Delsaux's

bezüglich der Resection der unteren Muschel kann er nicht theilen und versichert, dass die Currettage des Sin. sphenoid. keine Schwierigkeit bereitet. Es genügt zu tamponiren und dann die Blutstillung abzuwarten, um dementsprechend zu handeln.

Derselbe: Abtragung eines fibrösen Nasenrachenpolypen auf transmaxillonasalem Wege.

15jähriger Junge, seit mehreren Jahren Träger eines enormen Nasenrachenfibroms, welches den verschiedensten Behandlungen widerstanden. Der mit breiter Basis am Knochengewölbe inserirte Tumor war solide Adhärenzen eingegangen mit dem Flügel der Flügelbeinapophyse und sandte eine Verlängerung in die rechte Nasenhöhle bis in die Kieferhöhle hinein. Die Geschwulst wurde auf transmaxillonasalem Wege radical entfernt, d. h. durch Resection der vorderen und der ganzen nasalen Wand der Kieferhöhle. Ausgezeichnetes Resultat: am 8. Tage konnte der Operirte die Anstalt ohne jeden Verband verlassen, absolut keine Deformation hinterlassend.

Diese Operation ersetzt sehr vortheilhaft die permanente und temporäre Resection des Oberkiefers, welche die Tracheotomie erheischt und häufig noch die Präventivligatur der Carotis ext.; schliesslich ist noch die Mortalität bei dem alten Verfahren relativ hoch.

Discussion:

Goris: Die Oberkieferresection hat ihre Indicationen; sie ist übrigens keine complicirte Resection und ebenso einfach als eine Fingeramputation. Was die Fälle anbelangt, welche man auf transmaxillonasalem Wege operiren kann, so lässt sich dies auch mit Temporärresection nach vorausgeschickter Tracheotomie ausführen.

Broeckaert theilt nicht die Meinung von Goris in Bezug auf die Einfachheit der Oberkieferresection.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Ein Fall von Tumor am Pharynxdache.

Vorzeigen eines voluminösen Nasenrachenfibroms von einem 15jähr. Jungen. Schwächlich von Gesundheit vereinigte derselbe alle klassischen Symptome des Fibroms: progressive Verlegung beider Nasenhöhlen, Hämorrhagien, wovon besonders eine profus war; breite Insertion des Stiels, harte Consistenz des Tumors. Links war die Nasenhöhle mit fibromatösen Verlängerungen ausgefüllt und ausserdem noch der Sitz eines eitrigen Ausflusses. Der Autor nahm die Entfernung des Tumors auf transmaxillonasalem Wege vor. Bei der Eröffnung der Kieferhöhle strömte unter Druck Eiter aus. Das Innere der Höhle war von zahlreichen Verlängerungen der Neubildung besetzt. Resection der aufsteigenden Apophyse des Nasenbeins und des Os unguis, ferner der äusseren Wand der Nasenhöhle sammt mittlerer und unterer Muschel, worauf der Tumor vom Mund aus gefasst und mittelst der langen Politzer'schen Rugine von seinen Insertionen am Rachengewölbe losgelöst wurde. Nach der Tamponade der Operationshöhle wurden die Wundlippen sorgfältig genäht; Wundheilung einfach und ohne alle Deformation.

IV. Berichte über Localfragen.

Beco und Buys: Ueber die Verbreitung der Otorhinolaryngologie in Belgien.

Die Berichterstatter sprechen auf eine diesbezügliche Anfrage dem Minister der Agricultur den Wunsch aus, die Elemente unserer Specialitäten auf das medicinische Studienprogramm zu setzen, empfehlen in Specialrevuen und in den Journalen der allgemeinen Medicin Vulgarisationsartikel zu veröffentlichen, welche den Zweck haben, die Aufmerksamkeit auf die specielle und allgemeine Prophylaxe der Organe zu lenken, welche uns beschäftigen und eventuell Conferenzen über analoge Themata zu geben, und setzen endlich das Studium einschlagender Fragen oder solcher, welche von den Berichterstattern kaum angedeutet wurden, auf die Tagesordnung nachfolgender Sitzungen der Gesellschaft.

Breyre: Nothwendigkeit des obligatorischen Unterrichts in der Otolaryngologie auf belgischen Universitäten.

B. ladet die Mitglieder der Gesellschaft ein, folgendem Wunsche ihre Unterstützung zu Theil werden lassen zu wollen:

„Angesichts der praktischen Wichtigkeit elementarer Kenntnisse in der Otolaryngologie für den allgemeinen Arzt erscheint es wünschenswerth, dass diese specielle Branche unter die Zahl der Examensgegenstände zur Erlangung des Aerztediploms eingeschrieben werde und warnt dieselben zum Schluss vor der Gefahr, welche aus der Befürwortung einer Vulgarisation der Specialität erwachse, deren Charakter dazu angethan sei, ihren legitim verdienten Namen einer wissenschaftlichen Gesellschaft in den Augen der medicinischen Welt zu compromittiren."

Nach einer sehr lebhaften Discussion wurde beschlossen.

1. dass die Berichte in extenso gedruckt und ein Exemplar dem Minister der Agricultur eingesandt werden solle;

2. wird der Generalsecretär beauftragt, den Minister zu gleicher Zeit davon zu verständigen, dass die belgische otorhinolaryngologische Gesellschaft der Meinung sei, dass man auf den Vorschlag einer Vulgarisation der Specialität durch Schaffung von Wandercursen nicht eingehen könne und dürfe.

Diese Tagesordnung wurde beinahe einstimmig von den anwesenden Mitgliedern angenommen.

Nachmittagssitzung im St. Johannes-Hospital.

V. Verschiedene Mittheilungen.

Trétrôp: Nutzen des Katheterismus in der ambulanten Praxis.

T. macht in den Fällen von Kieferhöhlenempyem mit sehr geringen Erscheinungen ziemlich häufig den Katheterismus durch die natürliche Oeffnung; er benutzt dazu einen Katheter analog dem von **Ihard**, nur etwas dünner, weniger lang und conisch in seiner ganzen Länge; derselbe wird eingeführt mit dem Schnabel nach oben und etwas nach aussen gekehrt 5—6 cm vom Nasenloch entfernt, ungefähr einer fingirten Linie folgend, welche in ihrem unteren Drittel den

von zwei Flächen gebildeten Winkel schneiden würde, wovon die eine unter der Nasenscheidewand, die andere auf dem Nasenrücken verliefe. Eine Rotationsbewegung kehrt den Schnabel alsdann nach unten hinten und ein wenig nach aussen. Die conische Form des Katheters erhält dem Flüssigkeitsstrom seine Stärke bei der Ausspülung mit einer sterilisirten physiologischen oder schwachen Phenosalicyllösung.

Bei engen Nasenhöhlen ist der Katheterismus unmöglich und muss man von Anfang an die Punction vornehmen. Mit Adrenalincocain ist der Katheterismus schmerzlos und ebenso rasch ausgeführt als der der Eustachi'schen Ohrtrompete, er giebt Aufschluss über den Inhalt des Sinus. In ca. 10 pCt. der Fälle kann man den Katheterismus der accessorischen Oeffnung vornehmen, deren Zugang leichter ist. Im Falle von recidivirendem Empyem injicirt T. Sauerstoffwasser, nach vorheriger Entfernung des kranken Zahnes. Wenn innerhalb 8 Tagen keine Heilung oder bedeutende Besserung eingetreten ist, so macht er die Punction durch den unteren Nasengang mit umstimmenden Arg. nitr.-Lösungen, welche ihm und Hennebert ausgezeichnete Resultate geliefert haben; bei Misserfolgen nimmt er die ausgezeichnete Luc'sche Operation vor, welche eine Radicalheilung herbeiführt.

Blondian hält den Katheterismus des Ostium maxill. in der grossen Mehrzahl der Fälle für unmöglich und schreibt diesen Misserfolg der Anschwellung der Nasenschleimhaut zu.

Capart jr. bemerkt, dass das Ostium maxill. kein Loch, sondern ein Canal mit ganz bestimmter Direction sei.

Breyre meint, dass die Resection des Kopfes der mittleren Muschel den Versuchen mit Katheterismus des Sin. maxill. vorauszuschicken sei.

Trétrop gelingt es leicht, den Katheterismus, der nicht schmerzhaft ist und die Kranken nicht erschreckt, auszuführen, ausserdem bilde er noch ein ausgezeichnetes Mittel zur Controlle der Translumination.

Capart jr.: Indicationen zu Operationen bei der Behandlung von Sinusiten.

Cheval räth, die Sinusiten von aussen her zu operiren bei Fällen recidivirender Polypen und Broeckaert schlägt vor, hartnäckige Ozänen auf die gleiche Weise zu behandeln. In der Zeit, wo die Chirurgie der Gesichtshöhlen einen so bedeutenden Aufschwung nimmt, ist es wichtig, zu bemerken, dass

1. die Statistik von Autopsien und die klinischen Arbeiten bislang darthun, dass die spontanen endocraniellen Complicationen von Sinusiten selten vorkommen;

2. zahlreiche Operationen bestätigt haben, dass gewisse Eingriffe, insbesondere am Sin. frontal. nicht ohne gewisse Gefahr sich vornehmen lassen. Die Killian'sche Methode ist in dieser Beziehung über jeden Vorwurf erhaben;

3. die Operationen, welche bis jetzt ausgeführt wurden zur Heilung intracranieller Complicationen von Sinusiten, sehr selten von Erfolg gekrönt waren.

Delsaux ist nicht der Meinung, dass die endocraniellen Complicationen der Gesichtssinusiten so selten vorkommen, als Capart jr. glaubt. Wenn die Statistiken

nur eine kleine Anzahl von Fällen aufweisen, so beweise das nur, dass die Autopsien unvollständig sind und dass man sich nur in den letzten Jahren damit beschäftigt hat, die Sinus bei den Autopsien methodisch zu untersuchen. Ohne Zweifel bieten die curativen Operationen von Sinusiten Gefahren dar, allein diese verringern sich in dem Maasse, als die operative Technik sich vervollkommnet. Endlich werden, wenn die Interventionen keinen brillanten Erfolg aufweisen, hier noch mehr als bei den Warzenfortsatz- und Mittelohrcomplicationen, die Diagnose zu spät gestellt und die Operation zu spät ausgeführt.

Breyre: Wann soll man operiren? Wann nicht? Soll man abwarten, bis offenbare Zeichen von Sinusretention vorliegen?

Broeckaert meint, dass man die gleiche Marschroute zu verfolgen hat, wie bei den Ohrinfectionen.

Capart jr. antwortet, dass auf 100 Ohreiterungen $2^1/_2$ pCt. Todesfälle kommen. Das Gleiche könne man nicht behaupten von denen, welche an Naseneiterungen leiden. In der Trommelhöhle sind die Licht-, Wärme- und Feuchtigkeitsverhältnisse ganz besonders zu befürchten (Macewen); andererseits sind die nicht tuberculösen Ohreiterungen in hervorragendem Maasse operativ heilbar, während die chronischen Naseninfectionen häufig den radicalsten Eingriffen widerstehen.

Capart jr.: Ueber eine seltene Pharynxaffection.

Ein junges, 18 jähriges, gesund aussehendes Mädchen erlag in wenigen Stunden einem Coma diabeticum. Zwei Tage vor dem Auftreten der schweren Erscheinungen zeigte sich eine leichte Dysphagie. Man sah am Gaumensegel und am Zäpfchen 20 schneeweisse Flecke; die übrige Schleimhaut erschien normal. Abgeriebene Partikeln dieser runden adhärenten Flecke gaben keine Culturen. In Bezug darauf hat Capart nachgeforscht, welche Beziehungen existiren zwischen Diabetes mellit. und Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten. Er fand, dass gewisse Connexionen bestehen zwischen Diabetes, Furunculose und Nasensinusiten; zwischen Glycosurie und Pharyngitis sicca und Soor; vielleicht bestehen auch Beziehungen zwischen Ictus laryng. (Larynxkrisen) und Diabetes. Man hat ihn ebenfalls Aphasie und Stimmbandlähmung bedingen sehen.

Beim Ohr sind die Furunkeln wahrscheinlich secundär nach Pruritus und die diabetischen Otitiden mit raschen Nekrosen des Warzenfortsatzes verdienen unsere Aufmerksamkeit. Man muss noch die profusen Blutungen erwähnen, welche häufig im Verlauf von am Warzenfortsatz ausgeführten Operationen bei Diabetikern vorkommen.

Trétrôp: Fungöse Oberkiefersinusitis complicirt mit Infraorbitalphlegmonen und purulenter Mittelohrentzündung.

49 jähr. Frau, welche linkerseits seit 30 Jahren Eiter ausschnaubt, bricht sich den 1. oberen Backenzahn; in Folge dessen Acutwerden der Sinusitis mit voluminöser Infraorbitalphlegmone. Der behandelnde Arzt incidirt, zieht die Zahnwurzel aus und stellt eine Mundsinusfistel her, durch welche Ausspülungen vorgenommen werden. Drei Wochen später stellt sich auf der gleichen Seite eine eitrige Mittelohrentzündung ein. Da bekommt T. die Kranke zu Gesicht und constatirt die

Existenz einer Infraorbitalfistel mit einer ostitischen Stelle und einer Zahnfistel mit fötider Eitersecretion. Der Allgemeinzustand war entschieden schlecht. Radicaloperation nach Luc. Der Sinus zeigte sich mit harten tumorartigen Fungositäten ausgefüllt. Normaler Verlauf mit rascher Besserung des Allgemeinbefindens.

T. zieht aus dem Fall folgende Lehre: 1. Man kann jahrelang mit einer Maxillarsinusitis behaftet sein, ohne grosse Unannehmlichkeiten; 2. ein banaler Zufall kann ein Aufflackern hervorrufen mit ernsten Complicationen und Gefahr für das Leben des Kranken; 3. die Luc'sche Operation hat von Neuem ihren Werth gezeigt.

Delneuville: Ein Fall von Augencomplication einer Sinusitis sphenoidalis.

Darüber wurde schon anderweitig berichtet.

De Ponthière (Charleroi): Enormer bösartiger Mediastinaltumor mit Compression der Trachea und Uebergreifen auf den Kehlkopf.

62 jähr. Mann mit chronisch-asthmatischem Emphysem leidet seit einigen Wochen an intensiver continuirlicher Dyspnoe; Cyanose und Larynxkrisen, welche sich 2—3 mal wiederholten und nur einige Minuten dauerten mit Bewusstseinsverlust; intensiver Grad von Röcheln und Stimme mit eigenthümlichem Beiklang. Allgemeinbefinden nicht alterirt. Aeusserlich sieht man deutlich den Larynx nach rechts verschoben; nichts Anormales bei der Nasen- und Rachenuntersuchung; der Larynx erscheint gesund, ausser einem, unter dem linken Aryknorpel hervorspringenden neoplastischen Knoten; es besteht keine Ulceration. Einen intrathoracischen Tumor vermuthend, radiographirte der Autor den Kranken und fand deutlich sichtbar einen enormen Tumor mit höckerigen Conturen, der das Herz nach aussen verdrängte und kindskopfgross war; keine syphilitischen Antecendentien; es wurde keine Behandlung vorgenommen und augenblicklich, 4 Monate nach der Radiographie, ist der Zustand noch der gleiche.

Blandian (Charleroi): Ueber Fremdkörper im Oesophagus.

Nach Beschreibung von vier besonders interessanten Fällen von Oesophagusfremdkörpern, wovon einer tödtlich verlief in Folge Perforation der Aorta machte der Autor folgende Reflexionen:

1. Die Distanz vom Mundeingang zur ersten anatomisch-normalen Verengerung des Oesophagus macht die Entfernung kleiner Fremdkörper mittels des Fingers unmöglich; dieser kann jedoch das für diesen Zweck bestimmte Instrument leiten.

2. die auf diesem Niveau befindlichen Fremdkörper können leicht mit einer gewöhnlichen Kehlkopfzange extrahirt werden.

3. Die Nachbarschaft der Aorta an der 2. Verengerung macht den Katheterismus gefährlich.

Nachdem B. die Häufigkeit von künstlichen Gebissen, die sich in den Oesophagus verlieren, betont hat, geht er auf die Einzelheiten über, welche bei der

radiographischen Untersuchung den Arzt ganz besonders interessiren müssen. Gestützt auf eine schon langjährige Erfahrung empfiehlt er den Gebrauch der Sonde, um den Fremdkörper in den Magen zu stossen, oder die Oesophaguszange, um ihn nach aussen zu befördern. Er führt auch zahlreiche Erfolge an, welche er mit dem Gräfe'schen Körbchen erzielt, besonders bei glatten und sphärischen Körpern. Was die Dauer des Aufenthalts von Fremdkörpern im Oesophagus anbelangt, so findet B. nicht, dass sie ein sehr nachtheiliges Element für die Prognose bilde. Er hat Geldstücke 5—7 Wochen im Oesophagus verweilen sehen, ohne daselbst Läsionen zu verursachen. Bayer.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Februar 1906.

Gräffner zeigt: 1. einen Tabiker, der infolge jahrelangem Gebrauch von Silbernitrat Argyrose erworben hat; der Zahnfleischrand sieht violett aus, die Schleimhaut des harten Gaumens stahlblau und die des Kehlkopfes schmutzig grauroth:

2. einen Fall von Polycythämie mit Milztumor und Cyanose. Die Farbe der Stimmbänder schwankte von Blauroth bis Karmin; ist hervorgerufen durch zahlreiche ektatische Blutgefässe.

Grabower stellt einen Patienten mit traumatischer (Strumektomie) rechtsseitiger Recurrenslähmung vor. Unmittelbar nach der Operation bestand Kurzathmigkeit bei reiner Stimme; am 5. Tage war die Kurzathmigkeit geschwunden und Heiserkeit eingetreten; am 7. Tage constatirte G. eine Recurrenslähmung.

Nach Durchschneidung des Recurrens hat also der M. cricothyreoid. das Stimmband der gelähmten Seite gespannt und dadurch zugleich in die Medianlinie gezogen und sie so lange hier festgehalten, bis er selbst erlahmte, worauf dann das Stimmband in Cadaverstellung ging.

Der M. cricothyreoid. charakterisirt sich functionell als ein Hülfsmuskel des M. vocalis in der Art, dass er mit diesem zugleich arbeitet und nach Ausschaltung des letzteren nur noch kurze Zeit (1—4 Tage) im Stande ist, seine Spannungsfähigkeit auszuüben.

P. Heymann zeigt ein Bild, auf dem die Heilung einer Struma durch blosses Auflegen der Hand seitens Heinrich IV. von Frankreich dargestellt ist.

B. Fränkel: Wem gehört die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie?

F. führt eine Reihe von Autoren an, die die Geburt der Laryngoskopie miterlebt haben und Czermak die Priorität zuschreiben, so Rühle, Lewin, Tobald, Gottstein, Voltolini und Stoerk.

Czermak hat von Türck höchstens das Vorstrecken der Zunge erfahren, die Laryngoskopie kannte er aber schon durch die Garcia'schen Arbeiten. Wenn Türck den Kehlkopfspiegel an Kranken angewendet hat, so ist er darin auch

nicht der erste gewesen (Baumès, Warden). Ohne die von Czermak eingeführte künstliche Beleuchtung würde die Laryngoskopie keine allgemein anzuwendende Methode sein.

Czermak's Erklärung, in der er Türck die Priorität zugesteht, ist allerdings ein dunkler Punkt in der Angelegenheit; aber wenn er dies vielleicht in einer gewissen Befangenheit gethan, er bleibt doch der Erfinder der Laryngoskopie, denn er hat zuerst den Kehlkopfspiegel zum Führer der operirenden Hand gemacht. Türck dagegen hat in seiner ersten Erwiderung gegen Czermak gesagt, dass er nicht allzu sanguinische Hoffnungen von den Leistungen des Kehlkopfspiegels hege.

Damit sollen die Verdienste Türck's nicht geschmälert werden, der sich mit seinem Buche: „Die Klinik der Kehlkopfkrankheiten" zum Vater der klinischen Laryngoskopie gemacht hat.

Die Discussion wird vertagt. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Herr Dr. A. Brindel (Bordeaux) ist in die Zahl der ständigen Mitarbeiter des Centralblatts eingetreten.

„Die Stimme".

Am 1. October wird im Verlag von Trowitzsch und Sohn und unter Redaction der Herren Th. S. Flatau, Karl Gast, Alois Gusinde eine Monatsschrift unter obigem Titel erscheinen, welche sich die Aufgabe stellt, als Centralorgan für Stimm- und Tonbildung, Gesangsunterricht und Stimmhygiene zu dienen. Ihre Arbeitsgebiete werden folgendermaassen bezeichnet: Schulgesang, Kunstgesang. Vortragssprache und Kommando. Physiologie des Gesanges. Stimm- und Tonbildung. Stimmhygiene. Pathologie der Stimme. Musikgeschichte. Kirchengesang. Phonetik. Phonetische Behandlung. Stimmästhetik. Musikalische Acustik. Organisation. Unterrichtsverwaltung. Specielle Schulhygiene. Specielle Methodik. Tonpsychologie. — Wir wünschen dem Unternehmen alles Glück.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, August. 1906. No. 8.

Manuel Garcia †.

Im Morgengrauen des ersten Juli 1906 entschlief sanft im hundert und zweiten Jahre seines Lebens der Vater der Laryngologie, Manuel Garcia.

Seit der Feier seines hundertsten Geburtstages am 17. März vorigen Jahres hatte der Verblichene im Kreise seiner Familie und seiner Freunde sein gewöhnliches ruhiges Dasein geführt. Seine geistigen und körperlichen Eigenschaften waren ihm in vollstem Maasse erhalten geblieben. Nach wie vor nahm er das lebhafteste Interesse an allen Fortschritten der Wissenschaft und Kunst. Ganz besonders interessirten ihn Charlton Bastian's Studien über Heterogenesis. Als Prof. Metschnikoff vor wenigen Monaten einige Vorträge über neuere bakteriologische Fortschritte in London hielt, wünschte er lebhaft, denselben beizuwohnen. Noch vor wenigen Wochen war er bei dem ersten Concert der Philharmonischen Gesellschaft gegenwärtig. Auffallend war nur, wie mir sein Arzt, Dr. Griffith, mittheilte, dass er in den letzten Monaten seines Lebens trotz seines über fünfzigjährigen Aufenthaltes in London allmälig zunehmende Schwierigkeiten empfand, seine Gedanken über tiefere Probleme in englischer Sprache auszudrücken und mit Vorliebe französisch sprach. Dies steht, wie bekannt, im Einklang mit anderen, ähnlichen Erfahrungen.

Abgesehen von einer quälenden chronischen Prostatitis war er frei von den gewöhnlichen Beschwerden hohen Alters. Gesicht, Gehör, Gedächtniss sind ihm bis zum letzten Augenblick erhalten gewesen. Gern und mit rührender Dankbarkeit gedachte er oft der Feier seines hundertjährigen Geburtstages. Zumal dass die Laryngologen ihn als den Vater ihrer Wissenschaft liebten und ehrten, erfüllte ihn mit wahrhaft kindlicher Freude. In allen seinen Aeusserungen über die Feier trat stets die ausserordentliche Bescheidenheit zu Tage, die zu seinen liebenswertesten Eigenschaften gehörte. Glücklicherweise ist ihm die Kenntniss des kürzlichen bedauerlichen Versuches, ihn seines Erfinderrechts zu entkleiden, erspart geblieben! —

Vor einigen Wochen befiel ihn eine Bronchitis, in deren Verlauf plötzlich eine starke Nierenblutung auftrat. Die acuten Erscheinungen gingen vorüber und es schien, als sollte er sich noch einmal erholen. Aber die Organe des greisen Körpers waren erschöpft, das Herz fing an zu erlahmen, die Urinmenge nahm continuirlich ab, und ohne dass sich eigentliche urämische Erscheinungen eingestellt hätten, traten gelegentlich leichte Phantasien auf, die aber stets schnell vorübergingen. Noch am Vorabende seines Todes verliess er auf einige Zeit sein Bett. In der Nacht vom 30. Juni zum 1. Juli war er bei voller Besinnung, erkannte seine Familie und seinen Arzt, schlief ruhig ein und schlief in die Ewigkeit hinüber.

Das Leichenbegängniss fand am 4. Juli statt. Charakteristisch genug hatte er selbst gewünscht, dass dasselbe in aller Stille stattfinden solle und hatte sich alle Blumenspenden verbeten. So war es nur eine winzig kleine Schaar, die dem theuren Manne das letzte Geleit gab: ausser der nächsten Familie der Maler Charles Hallé, ein intimer Freund der Familie, sein Arzt, Dr. Griffith, und der Unterzeichnete.

Als seine letzte Ruhestätte war ein kleiner, privater römisch-katholischer Kirchhof, anstossend an die St. Edward's-Kapelle in Sutton Place bei Woking, gewählt worden. Dort vollzogen sich die Ritualien seiner Kirche. Es war ein herrlicher Sommertag, als über dem Eichensarge, der die Hülle unseres ehrwürdigen Freundes birgt und der die einfache Inschrift trägt: Manuel Rodriguez Garcia, geboren am 17. März 1805, gestorben am 1. Juli 1906, die letzten Gebete gesprochen wurden. Die Thüren des kleinen Kirchleins standen offen, rings herrschte tiefste Stille, nur die Vöglein zwitscherten, als ob sie dem alten Meister der Sangeskunst einen letzten Gruss nachrufen wollten. Dann senkten wir den Sarg in die kühle Erde.

Dort ruht nun die sterbliche Hülle des Vaters der Laryngologie im Frieden schöner englischer Landschaft. Aber was er gewirkt hat, bleibt unvergänglich. Seiner eigenen Kunst ist er ein Lehrer gewesen, wie keiner vor ihm, keiner nach ihm. Millionen leidender Menschen hat seine Erfindung Linderung und Heilung verschafft. Das ist der schönste Ruhm, den ein Sterblicher erreichen kann.

Ruhe sanft, lieber alter Meister! So lange es eine Kunst des Gesanges, eine Wissenschaft der Laryngologie giebt, wird der Name Manuel Garcia mit Ehrfurcht und dankbarer Liebe genannt werden. —

Felix Semon.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente.

1) **N. E. Vaston. Erfolgreiche Behandlung geschwollener Halsdrüsen durch X-Strahlen. (Enlarged glands of the neck succesfully treated by the x-rays.)** *Lancet. 10. Februar 1906.*

Die 18jährige Patientin litt an Schwellung der Halsdrüsen auf der rechten Seite seit 4 Jahren. Die Drüsen wurden operativ entfernt. In einigen Monaten entstanden wallnuss- und hühnereigrosse Drüsenschwellungen auf der linken Seite. Es wurde nun einige Monate lang Bestrahlung mit X-Strahlen angewandt, und zwar zuerst vier Mal, dann zwei Mal die Woche. Es trat völlige Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

2) **Most** (Breslau). **Zur Topographie und Chirurgie der Halsdrüsentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. 1905.*

Vortr. demonstrirt einen 29jährigen Patienten, bei welchem prälaryngeale tuberculöse Drüsen durch das Ligamentum conicum in das Kehlkopfinnere hinein durchgebrochen waren und chirurgisch entfernt wurden. Ausserdem Hinweis auf die Bedeutung von 1—2 typischen Lymphdrüsen im Retropharyngealraum und auf die Bedeutung der sog. Wangenlymphdrüsen.

ALBANUS (ZARNIKO).

3) **Bógoljubow. Vielkammerige branchiogene Cysten des Halses. (Mnogokamernia branchiogennia kisti shei.)** *Medizin. Obosren. Bd. LXIV. 1905.*

B. weist auf die Seltenheit vielkammeriger Kiemencysten hin und theilt einen Fall aus der Klinik von Prof. Rasumowski mit. Es handelte sich um eine 54jährige Frau. Die Geschwulst (Abbildung), sehr umfangreich, bestand bereits 11 Jahre. Operation. Die Cyste bestand aus ca. 23 grösseren und noch vielen kleineren Abtheilungen, welche bröckeligen Inhalt enthielten. Der Autor bespricht die pathologische Anatomie, giebt mikroskopische Abbildungen und erörtert ausführlich die Literatur.

P. HELLAT.

4) **A. N. Mc. Gregor. Erfolgreiche Operation eines grossen Teratoms am Halse bei einem 3 Wochen alten Kinde. (A large teratoma of the neck successfully removed from an infant 3 weeks old.)** *Lancet. 17. Februar 1906.*

Eine faustgrosse Geschwulst bestand seit der Geburt auf der linken Seite; sie war leicht beweglich. Wenn man an dem Tumor manipulirte, so wurde die Athmung erschwert. Nach der Entfernung zeigte sich der Tumor aus cystischen Gebilden zusammengesetzt. Mikroskopisch erwies er sich als von complicirter Natur; er enthielt mesoblastische und epiblastische Elemente und stammte wahrscheinlich von einer abnormen Entwickelung eines oder mehrerer Kiemenbögen. Der Aufsatz ist mit Illustrationen versehen.

ADOLPH BRONNER.

5) **R. Popper. Ueber die Wirkungen des Thymusextractes.** *Sitzungsber. d. k. Acad. der Wissensch. in Wien. Math.-naturw. Cl. CXIV, III. Juni 1905.*

Die nach Injection von wässerigem Thymusextract auftretende Blutdrucksenkung beruht auf der Eigenschaft des Extracts, das Blut in den Gefässen zur

Gerinnung zu bringen, wie dies auch andere Organextracte thun. Nach Aufhebung der Gerinnung durch Blutegelextract kommt nach intravenöser Injection von Thymusextract keine Blutdrucksenkung mehr zu Stande. J. KATZENSTEIN.

6) **Th. Lewis. Die Thymus der Vögel. (The avian thymus.)** *Journ. of physiol. London. Vol. XXXII. p. 40. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) **E. W. Sharp. Ein Fall von persistirender versprengter Thymus. (A case of persistent aberrant thymus.)** *Lancet. 19. Februar 1906.*

Eine 24jährige Frau bemerkte seit 13 Jahren eine Schwellung an der linken Halsseite, die sich vom Sternocleidomastoideus bis zum Trapezius erstreckte. Die Geschwulst hatte sehr an Grösse zugenommen. Sie wurde entfernt und erwies sich als eine versprengte Thymusdrüse. Sehr ungewöhnlich war der seitliche Sitz der Geschwulst. ADOLPH BRONNER.

8) **J. Rooth. Tod infolge Vergrösserung der Thymusdrüse. (Death from enlarged thymus gland.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1906.*

Es handelt es sich um einen 18 Monate alten Knaben, der seit der Geburt an dyspnoischen Anfällen vom Charakter des Laryngismus stridulus litt. Man fand Hyperplasie der Tonsillen und adenoide Vegetationen; das Kind starb jedoch vor dem für die Operation festgesetzten Tag. Bei Eröffnung der Brusthöhle fand man eine vergrösserte Thymus, welche die Bifurcation der Trachea umfasste. Verf. discutirt die beiden zur Erklärung des Thymustodes aufgestellten Theorien: die toxische und die mechanische. Er selbst bekennt sich als ein Anhänger der letzteren. LEFFERTS.

9) **De Carli. Das Adrenalin in der oto-rhino-laryngiatrischen Therapie der Römischen Klinik. (L'adrenalina nella terapeutica oto-rino-laringoiatrica della Clinica di Roma.)** *Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica delle Università di Roma (Director Ferreri). Rom 1904.*

Hervorzuheben aus den Schlusssätzen des Verf.'s ist, dass das Adrenalin in sehr schwacher Dosis bei vielen katarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege sich nützlich erwiesen hat. Als Haemostaticum hilft es nur für den Augenblick und wenn es sich um capilläre Blutungen handelt; in den anderen Fällen folgt oft eine vasoparalytische secundäre Blutung, und man muss dann zu anderen Mitteln greifen. FINDER.

10) **Klotz. Lösliche Quecksilberpräparate zur internen Behandlung der Syphilis. (Soluble preparations of mecury in the treatment of syphilis by the month.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Januar 1906.*

Es wird immer eine Anzahl von Fällen geben, wo die Darreichung des Hg nur per os möglich ist. Verf. hat sich am vortheilhaftesten einer Lösung von Hg. bichlorat. 0,15 in 90 g Wasser bedient. LEFFERTS.

11) **Henry Wallace. Anästhesie in der Halschirurgie. (Anaesthesia in throat surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1905.*

Nach Meinung des Verf.'s giebt die Aethernarkose, und zwar so tief, dass Erschlaffung des Gaumens eintritt, bei Rückenlagerung des Patienten mit etwas niedriger liegendem Kopf die besten Resultate, sowohl was die Sicherheit des Patienten wie die Leichtigkeit der Operation anbetrifft. LEFFERTS.

12) **Chaldecott. Aethylchloridanästhesie. (Ethyl chloride anaesthesia.)** *Brit. med. Journal. 9. December 1905. Proc. Society of Anaesthecics. 1905.*

Mehrere Mitglieder der Gesellschaft discutiren über den Werth des Aethylchlorids als Anaestheticum bei Halsoperationen. E. B. WAGGETT.

13) **B. Gardner. Ein Zungenhalter zum Gebrauch bei Narkose. (A tongue clip for use in anaesthesia.)** *Lancet. 26. August 1905.*

Die Arbeit ist illustrirt. Das Instrument ist angefertigt bei Allen u. Haubury, London. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Literarische Curiosa, die Nase betreffend. (Litteräre Kuriosa angaaende Naesen.)** *Ugeskrift f. Laeger. p. 8. 1906.*

Verf. theilt eine Anzahl curioser Aeusserungen und Auffassungen von der Nase mit, die ihm beim Studium alter Werke aufgefallen sind.

E. SCHMIEGELOW.

15) **P. Tetens Hald. Die Nase in der Literatur. (The nose in literature.)** *Lancet. 27. Januar 1906.*

Verf. führt Stellen aus den Werken alter Schriftsteller an, z. B. aus Tagliacazzi, dem alten Bologneser Chirurgen, illustrirt von Sterne, John Ferrari, Horaz, Rabelais und Anderen. ADOLPH BRONNER.

16) **Edmund D. Spaar. Photophobie; ein nasaler Reflex. (Photophobie; a nasal reflex.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. März 1906.*

Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass ein grelles Licht zum Niesen reizt. Man kann nicht annehmen, dass die das Niesen bewirkende Reizung im Auge selbst ihren Ursprung hat. Das Auge dient nur dazu, den Reiz zum Centralnervensystem zu leiten, von dort wird er durch die sensiblen Fasern des V. Hirnnerven in die Nase und speciell die Region oberhalb der Muscheln und von dort durch Ganglien zu motorischen Nerven geleitet, die in den Thoraxmuskeln endigen. EMIL MAYER.

17) **Francis Hare** (Bristone, Queensland). **Cauterisation der Nasenschleimhaut und paroxysmale Neurosen. (Cauterization of the nasal mucosa and the paroxysmal neuroses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1904.*

Der Ort der Wahl für die Cauterisation ist die Stelle des Septums gegenüber der mittleren Muschel. H. hält das Asthma für eine vasomotorische Neurose; es bildet nur ein Glied in einer langen Reihe von vasomotorischen Neurosen, die in

ihrem Mechanismus mit einander in Zusammenhang stehen. Cauterisation des Septum hat einen restringirenden Einfluss auf die pathologischen vasomotorischen Vorgänge, die dem Mechanismus der Asthmaanfälle zu Grunde liegen. Dysmenorrhoe, Angina pectoris, Epilepsie und Migräne gehören zu den vasomotorischen Neurosen, die durch Cauterisation der Nasenschleimhaut günstig beeinflusst werden.

A. J. BRADY.

18) **Renault. Ueber eine neue Methode zur Behandlung der spastischen Coryza mit oder ohne Hydrorrhoe mittels interstitieller Paraffininjectionen. (Sur un nouveau mode de traitement du coryza spasmodique avec ou sans hydrorrhée par les injections interstitielles de paraffine.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Die bisher gegen diese Affection angewandten Methoden haben bisweilen gute Resultate gegeben, jedoch niemals eine Heilung herbeigeführt. In den 14 vom Verf. mitgetheilten Fällen, die nach Brindel mit interstitiellen Paraffininjectionen behandelt wurden, wurde ein völliges Verschwinden der spastischen Coryza erzielt. Das Verfahren ist anwendbar, wenn die Nasenschleimhaut noch retractil ist; wenn bereits Degeneration und Hyperplasie der Schleimhaut oder Veränderungen nachweisbar sind, durch die die Anfälle erklärt werden können, so ist es contraindicirt.

E. J. MOURE.

19) **Prausnitz** (Hamburg). **Zur Natur des Heufiebergiftes und seines specifischen Gegengiftes.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Die in den Gräserpollen vorhandenen Stärkestäbchen stellen nicht das wirksame Gift dar, denn die durch besondere Manipulationen abscheidbare Pollenstärke ist unwirksam, ebenso giebt es wirksame Pollenkörner, die keine Stärkestäbchen enthalten. Das wirksame Gift lässt sich aus den Pollen durch Aussalzen mit nachfolgender Alkoholfällung gewinnen. Mittheilung der verwendeten Methodik der Antitoxinbestimmung und interessanter Versuche über die Natur des Antitoxins und dessen Bindungsverhältnisses mit dem Toxin, aus denen hervorgeht, dass es sich beim Pollentoxin und Pollantin um ein echtes Toxin und Antitoxin handelt.

ALBANUS (ZARNIKO).

20) **Wolff** (Berlin). **Ueber das Heufieber (Catarrhus aestivus) und über die beabsichtigte Sammelforschung über die Wirksamkeit des Heufieberserums. (Pollantin von Dunbar, Graminol von Weichardt.)** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Nach Ausführungen über die Aetiologie des Heufiebers bittet Verf. zwecks Veranstaltung einer Enquête zur Prüfung des Werthes des Pollantin von Dunbar und Graminol von Weichardt in seinem Aufsatz die Berliner Collegen um Zustellung von Patienten in die Universitätspoliklinik.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Dunbar** (Hamburg). **Aetiologie und specifische Therapie des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26, 28, 29 u. 30. 1905.*

Nach einem Ueberblick über die Geschichte der Erkrankung werden Einzelheiten der ersten Versuche mit der Wirkung von Gräserpollen auf Heufieberkranke mitgetheilt. Chemisch wurde festgestellt, dass das Pollentoxin, das in den Gräser-

pollen enthaltene, auf Heufieberkranke specifisch wirkende Gift ein Toxalbumin ist. Auf Pollentoxin reagirten in Deutschland und benachbarten Ländern, England, Schottland, auch Theilen von Nordamerika, Heufieberkranke gleichmässig mit Anfällen, normale Menschen absolut nicht. Der Herbstkatarrh in Nordamerika verhält sich ätiologisch anders: nicht Gräserpollen, sondern Pollen zweier im August blühender, verbreiteter Pflanzen (Ragweed und Goldenrod — aber auch Pollen von Astern und Chrysanthemum) sind es, auf die Normale und an Frühjahrskatarrh Leidende nicht, prompt dagegen die an Herbstkatarrh Leidenden reagiren. Es giebt eigenthümlicherweise Combinationen, d. h. es reagiren Personen auf beide Arten von Pollen. Verf. selbst, der an Heufieber leidet, bekam auf einer Reise in Nordamerika den dortigen Herbstkatarrh.

Das Pollenantitoxin (Pollantin genannt) wird aus dem Blutserum von Pferden gewonnen, denen Pollentoxin einverleibt wurde. Es war möglich, eine Werthigkeitsbestimmung des Pollantin vorzunehmen, die selbst nach Jahresfrist gleiche Resultate giebt. Besonders empfohlen wird die prophylaktische Anwendung des Pollantin, die es gar nicht zu grossen Anfällen kommen lassen soll, und nur sparsame Anwendung des Mittels. Das flüssige Pollantin ist leicht durch Verunreinigung von Nasen- und Conjunctivalsecret der Zersetzung ausgesetzt, deshalb wird am besten getrocknetes Pollantin, als Pulver, verdünnt mit Milchzucker angewandt. Die Heufieberpatienten müssen während der gefährlichen Zeit Nachts Fenster und Thüren schliessen.

Der Autor hofft, dass es ihm gelingen wird, „die individuelle Disposition der Heufieberpatienten gegenüber dem Pollentoxin und die Beziehungen des Heufiebers zu der Influenza durch einfache, in vitro ausführbare Experimente zu demonstriren". Zu letzterem sei bemerkt, dass Heufieber oft nach Influenza sich einstellt.

Von Dr. Lübbert wurde ermittelt, „dass von 505 Patienten 299 (59,20 pCt.) Pollantin mit absolut günstigem Ergebniss gebraucht hatten, d. h. während der ganzen Periode von Anfällen ganz verschont blieben. 143 (28,30 pCt.) benutzten Pollantin mit theilweisem Erfolg, 63 (12,5 pCt.) ohne Erfolg".

ALBANUS (ZARNIKO).

22) **James Sawyer. Heufieber; seine Aetiologie und Behandlung. (Hay fever; its etiology and treatment.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s ist Asheville N. C. ein geradezu idealer Platz für Heufieberkranke.

Die besten Resultate erzielt man durch interne Darreichung von Adrenalinextract zugleich mit localer Adrenalinapplication.

EMIL MAYER.

23) **R. M. Niles. Heufieber. (Hay fever.)** *The Medical Progress. Juli 1905.*

Localapplication von Leberthran hat einen entschieden günstigen Einfluss auf Entzündung der Nasenschleimhaut. Man soll dem Patienten einen Zerstäuber in die Hand geben, der Menthol, Phenol und Camphor in Leberthran enthält, mit der Weisung, ihn häufig zu benutzen. Glonoin und Atropin mit Valeriana, Sumbal und Asa foetida combinirt, hat dem Verf. die besten Resultate gegeben. Die

Atropindarreichung soll so lange fortgesetzt werden, bis sich die physiologischen Wirkungen des Atropins zeigen. Inhalationen haben wenig Werth.

EMIL MAYER.

24) **L. Weigert Sterne. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 28. October 1905.*

Indem Verf. sich auf Dunbar's Ausspruch, dass die Pollentoxine durch Alkalien neutralisirt werden, stützt, empfiehlt er Natr. bicarbon. in Pulver oder gesättigter Lösung, entweder allein oder mit Cocainzusatz. Der Anwendung des Mittels kann eine Cocainapplication vorausgehen oder das Natriumbicarbonat kann mit irgend einem Mittel, z. B. Chlornatrium, gemischt werden, so dass seine irritative Wirkung abgeschwächt wird. Er empfiehlt, in leichten Fällen Morgens und Abends, sowie bei Tage, wenn sich die geringsten Symptome zeigen, etwas von dem Pulver schnupfen zu lassen; bei vorgeschrittenen Fällen mit erschwerter Nasenathmung soll die gesättigte Lösung in Sprayform reichlich gebraucht werden.

LEFFERTS.

25) **Chas. H. Knight. Die Serumbehandlung des Heufiebers. (The serum treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 10. März 1906.*

Bisher steht der practische Werth der Serumbehandlung noch nicht fest; es giebt zu viel Fehlerquellen und Irrthümer. Man muss fortfahren, mit dem Serum Versuche anzustellen, da das eine feststeht, dass es keine Schädigungen verursacht.

LEFFERTS.

26) **Richmond Mc. Kinney. Heufieber. (Hay fever.)** *Memphis Medical Monthly. Januar 1906.*

Dunbar's Serum stellt nach Ansicht des Verf.'s noch nicht das Endergebniss unserer therapeutischen Bestrebungen dar; es ist jedoch zu hoffen, dass auf dem von Dunbar eingeschlagenen Wege bald definitive Resultate erzielt werden.

EMIL MAYER.

27) **Robert Levy. Die Dunbar'sche Heufieberbehandlung. (The Dunbar treatment of hay-fever.)** *Colorado Medicine. April 1906.*

Nach L.'s Erfahrungen steht der practische Werth der Dunbar'schen Behandlungsmethode nur zum Theil fest.

EMIL MAYER.

28) **Wiesner** (Prachovic). **Die gegenwärtige Therapie der Nasenblutung.** *Pharmakol. u. Therap. Rundschau. No. 26. 1905.*

Gute Uebersicht über die Therapie des Nasenblutens.

SEIFERT.

29) **H. J. Mulford. Beherrschung der Nasenblutung. (Control of nasal hemorrhage.)** *American Medicine. 23. December 1905.*

M.'s Methode besteht darin, in die die blutende Stelle versorgende Arterie oder in das dieser Arterie angrenzende Gewebe Adrenalin einzuspritzen. Der Arterienstrom trägt dann das Mittel direct in die blutende Region und so kommt eine Gefässverengerung in dieser zu Stande.

EMIL MAYER.

30) **E. Escat. Die schwere Epistaxis bei Arteriosklerotikern. (L'epistaxis grave des artério-scleraux.)** *Presse médicale. 9. September 1905.*

Verf. behandelt in vorliegender Arbeit die Schwierigkeiten, denen man begegnet, wenn es sich um die Stillung einer Blutung arterio-sklerotischen Ursprungs handelt. Bei den gutartigen Blutungen ist der Herd der Blutung fast stets am Locus Kiesselbach oder den durch die Verzweigungen der Art. spheno-palatina gekennzeichneten Punkten. Die Arteria spheno-palatina ist die eigentliche Arterie der Epistaxis. Blutungen, die aus diesen Punkten stammen, sind im Allgemeinen durch Cauterisation mit Argent. nitric., Wasserstoffsuperoxyd etc. zu stillen. Bei der durch Arteriosklerose bedingten Epistaxis dagegen handelt es sicht meist um Blutungen aus den tieferen Aesten und dem Stamm der Art. spheno-palatina anterior. Diese Blutungen sind heftig und ihre Stillung ist schwer, weil die Quelle oft sehr versteckt liegt. Bisweilen gelingt es, die Blutung durch Tamponade zum Stehen zu bringen. E. cauterisirt mit dem rothglühenden Cauter, tamponirt mit Wasserstoffsuperoxyd oder Penghawar.

A. CARTAZ.

31) **Grabowski. Mehrere Fälle von Epistaxis. (Neskotko slutschnew nosowich krowoletschenii.)** *Med. obosren. Bd. LXIII. p. 91. 1905.*

Autor hält für das beste Mittel heisse Wassereingiessungen 38—50° R.

P. HELLAT.

32) **Mendini. Die Behandlung der Epistaxis. (The treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 7. April 1906.*

Verf. empfiehlt die Tamponade mit Gaze, die mit 1 pro mill. Adrenalinlösung mit 10 Theilen Salzlösung gesättigt ist. Die Entfernung des Tampons geschehe nach Einspritzung einer Adrenalin-Cocainlösung.

LEFFERTS.

33) **Wendell C. Phillips. Oedematöser Polyp der unteren Muschel in frühester Jugend. (Edematous polyp of inferior turbinate in extreme youth.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Fall betrifft einen 8 jährigen Knaben.

EMIL MAYER.

34) **Walker Downie** (Glasgow). **Fall von grossem Nasenpolyp bei einem acht Wochen alten Kinde. (Case of a large nasal mucous polypus in a infant eight weeks old.)** *Glasgow Medical Journal. October 1905.*

Der Polyp kam zuerst zur Beobachtung, als das Kind zwei Wochen alt war. Er wurde entfernt und die mikroskopische Untersuchung bestätigte, dass es sich um einen einfachen Polypen handelte.

A. LOGAN TURNER.

35) **Marcano. Pathologische Histologie der Schleimpolypen im mittleren Nasengang. (Histologie pathologique des polypes muqueux du méat moyen des fosses nasales.)** *Société de biologie. 9. December 1905.*

Die Schleimpolypen sind das Product eines entzündlichen Oedems, das bisweilen mit einer Hyperplasie der Drüsen verknüpft ist und in eine interstitielle elephantiastische Sklerose ausgeht.

A. CARTAZ.

36) **Bartel** (Königsberg i. Pr.). **Das Adenom der Nase.** *Dissert. Königsberg i. Pr. 1905.*

Ein 70 jähriger Mann, der seit 25 Jahren nasenleidend und wiederholt von Nasenpolypen befreit worden war, kam zur radicalen Operation. Die linke Nasenhöhle war mit gewucherten Tumormassen ausgefüllt gewesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein reines Adenom der Nase handelte. Carcinomatöse Partien fanden sich nirgends in dem Tumor.

SEIFERT.

37) **Tichow** (Tomsk). **Chondrome der Nasenhöhle. (Chondromi polosti nosa.)** *Chirurgia. Bd. XVII. No. 98.*

T. beobachtete in seiner Klinik einen sehr eclatanten Fall mit starker Verunstaltung des Gesichtes, welche sich im Verlaufe von 8 Jahren eingestellt hatte. Patientin war 22 Jahre alt.

Die Geschwulst nahm den Ausgang aus dem Siebbein. Durch die Operation liess die Verunstaltung sich nicht beseitigen. Es musste eine Rhinoplastik nach Studenski (mit einer goldenen Unterlage) und hernach noch eine Resection des vorderen Theiles des Alveolarfortsatzes zu kosmetischen Zwecken ausgeführt werden.

Im Anschluss an diesen Fall erörtert T. die Literatur, den pathol. anatomischen Befund und den klinischen Verlauf dieser sehr seltenen Geschwülste.

P. HELLAT.

38) **Dorner** (Pirmasens). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Dissert. Würzburg 1905.*

In dem von Dorner mitgetheilten, in der dermatologischen Klinik in Würzburg beobachteten Falle, der einen 54 jährigen Molkereiarbeiter betraf, war ein Trauma als Ursache angegeben. Die Nase war in typischer Weise erkrankt, der Rachen frei geblieben, an den Stimmbändern dagegen deutliche Erscheinungen.

SEIFERT.

39) **Max Toeplitz** und **Henry Kreneles** (New-York). **Rhinosklerom. (Rhinoscleroma.)** *American Journal Medical Sciences. Juli 1905.*

Verff. berichten über 2 Fälle, die sie in ihrer Praxis beobachtet haben. In beiden Fällen handelte es sich um Frauen, die aus Galizien nach den Vereinigten Staaten eingewandert waren. Verff. geben einen Bericht über den mikroskopischen Charakter der Infiltration. Sie sprechen die Ansicht aus, dass man noch weitere Forschungen abwarten müsse, bevor man es als sicher annehme, dass die Erkrankung durch die im Gewebe gefundenen Bacillen verursacht wird.

A. LOGAN TURNER.

40) **Ernst Danziger. Zwei Fälle von Rhinosklerom. (Two cases of rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Es handelte sich um zwei in Australien geborene Frauen von 37 resp. 50 Jahren.

EMIL MAYER.

41) **Buschke** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Rhinosklerom.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Bei der 34 jährigen Patientin, die schon auf der Mikulicz'schen und Neisser-schen Klinik behandelt wurde wegen der Affection an der Nase, an Oberlippe und

im Rachen, zeigt sich jetzt die Nase frei, nur noch im Rachen finden sich charakteristische Veränderungen.

ALBANUS (ZARNIKO).

42) **Z. Donogány** und **Z. von Lénárt** (Budapest). **Primärer Krebs der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XV. Heft 3. S. 586.*

Bericht über 7 auf der Navratil'schen Abtheilung beobachtete Fälle. Auf Grund der genauen histologischen Untersuchung dieses Materials und des Studiums der einschlägigen Literatur theilen die Verff. die Krebse der Nase in Plattenepithel-, Cylinderepithel- und basalzellige Krebsen ein. — Die Plattenepithelkrebse bestehen aus platten, stachligen Zellen, die als solche verhornen; die grössere Mehrzahl der mitgetheilten Fälle führt diesen Namen. Die Cylinderepithelkrebse bestehen aus cylindrigem, oft wimperhaarigem Epithel; sie kommen schon in geringerer Anzahl vor. Die basalzelligen Krebse, welche aus nicht differenzirten, chromatinreichen Basalzellen von embryonalem Charakter bestehen, können, je nachdem die Zellen solide Zapfen oder drüsenartige Gebilde oder Schläuche etc. bilden, in solide, adenoide oder cystische basalzellige Geschwülste eingetheilt werden; zu diesen gehören die Mehrzahl der von den Verff. beobachteten Fälle sowie auch viele, die in der Literatur als Carc. medullare, epitheliale, Adenocarcinoma bezeichnet sind. Die Plattenepithelkrebse gehen von der vorderen Partie der Nase aus oder sind aus einem metaplastischen Process hervorgegangen; die Cylinderepithelkrebse entstammen dem Naseninneren und zwar gehen sie von der Oberfläche oder dem die Drüsen auskleidenden Cylinderepithel aus; die basalzelligen Krebse endlich nehmen von den basalen Zellen ihren Ursprung. — Die Besprechung der Diagnose, Prognose und Behandlung des Nasencarcinoms bilden den Schluss der Arbeit.

F. KLEMPERER.

43) **Charles L. Minor. Maligne Nasenerkrankungen nebst Bericht von Fällen. (Malignant disease in the nose with report of cases.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Verff. theilt vier Fälle im Detail mit. Er plaidirt dafür, jeden zur Beobachtung kommenden Fall von maligner Erkrankung des Naseninnern zu veröffentlichen, so dass wir mit der Zeit in die Lage kommen, auf Grund des vorliegenden Materials allgemeine Gesichtspunkte aufzustellen. Bisher sind ca. 60 authentische Fälle von Carcinom und 150 von Sarkom mitgetheilt. Der grössere Theil dieser Publicationen ist so dürftig, dass man sie schwer verwerthen kann. Auch sollten stets die Recidive nachträglich auf das Genaueste mitgetheilt werden.

EMIL MAYER.

44) **J. Broeckaert. Siebbeinendotheliom. Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung bösartiger Tumoren der Nase und deren Adnexe. (Endothéliome ethmoïdal. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs malignes du nez et de ses annexes.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 3. 1905. Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 2. Fasc. 1905.*

20jähriger junger Mann, starker Exophthalmus rechts; Chemosis. Bedeutende Anschwellung der rechten Wange; fötider Ausfluss aus der rechte Nase, bedingt durch einen Tumor im oberen Theil der rechten Nasenseite, welche er ohne Ad-

härenzen ganz ausfüllt; derselbe ist weich, dunkelgrau und blutet bei Berührung mit der Sonde. Die Stirnhöhle frei bei der Translumination. Die mikroskopische Untersuchung eines entfernten Fragmentes ergab ein intralymphatisches Endotheliom, dessen histologischen Bau B. genau beschreibt. Darauf Anführung der in der Literatur niedergelegten Fälle mit folgender Besprechung der verschiedenen Methoden, welche zur Entfernung der bösartigen Geschwülste angewandt wurden. Dies geschah entweder auf dem orbitalen Wege oder dem natürlichen zuvor erweiterten Wege, oder auf dem Weg vom Oberkiefer aus. B. wählte für seine Operation die von Moure angegebene Operationsmethode: Nasenwangenweg combinirt mit lateraler Mobilisation der Nase; da er aber die Ausbreitung des Tumors bis ins Innere des Sinus befürchtete, so ergänzte er die klassische Moure'sche Operation, indem er das Periost von der vorderen Seite des Oberkiefers ablöste und dasselbe mit den Weichtheilen nach aussen abheben liess; dann nahm er an der Stelle eine einfache Trepanation des Knochens vor, welche ihm den Einblick in den Sinus gestattete; trotzdem er nichts von dem Tumor entdeckte, entfernte er doch die mittlere oder vordere Kieferhöhlenwand bis zum Canal. infraorbit. und ebenso das innere Viertel des Orbitarandes sammt der ganzen unteren Oberkieferhöhlenwand. Durch diese enorme Lücke wurde das Siebbein mit Leichtigkeit resecirt und der Tumor mit einer grossen Plattzange stückweise entfernt. Die Hämorrhagie war relativ gering; die Nase wurde ohne Drainage replacirt, primäre Vereinigung der Wundränder nach 8 Tagen ohne jede Einsenkung der Weichtheile. Nur der Exophthalmus blieb bestehen; gefolgt von Infiltration und Abscedirung der Cornea, so dass die vollständige Ausräumung der Orbita vorgenommen werden musste. Seither vollständiges Wohlbefinden ohne Recidive.

BAYER.

45) **Jacopo Tommasi. Fibrosarkom der mittleren Muschel. (Fibro-sarcoma del turbinato medio.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. III. 1906.*

Ein 31 jähriger Mann consultirte den Verf. wegen mangelnder Nasenathmung; er gab an, es seien ihm aus der rechten Nase vor 2 Monaten Geschwülste entfernt worden. Es fanden sich sehr hyperplastische untere Muscheln, die abgetragen wurden, sonst in der Nase nichts Abnormes. Nach $^3/_4$ Jahren trat wieder behinderte Nasenathmung auf, auch stellte sich schleimig-eitriger Ausfluss aus der Nase ein. Man sah jetzt an der rechten mittleren Muschel eine nussgrosse rothe Geschwulst, die mit der mittleren Muschel abgetragen wurde. Verf. stellte auf Grund des mikroskopischen Befundes die von Anderen bestrittene Diagnose: Fibro-Sarkom. Nach ca. 2 Jahren ein Recidiv, das gleichfalls endonasal entfernt wurde. Seitdem Heilung. Verf. ist geneigt, der zuerst von anderer Seite gemachten Operation, die wahrscheinlich in Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel bestand, eine aetiologische Bedeutung bei der Entstehung des Sarkoms beizulegen.

FINDER.

46) **Kotschanow. Zur Behandlung acuter retropharyngealer Abscesse. (K letschenigie ostrich saglototschnich nariwow.)** *Russ. Wratsch. No. 23. 1905.*

K. beschreibt 2 Fälle, die von Dr. Oppel nach der Methode Chiene durch einen äusseren Schnitt seitlich am Halse operirt wurden. Im Anschluss daran er-

örtert Autor die Vor- und Nachtheile der äusseren und pharyngealen Eröffnung. Er kommt zum Schlusse, dass die äussere Eröffnung den Vorzug verdiene und zwar in Anbetracht dessen, dass die pharyngeale Methode unrein sei, vor Eiteraspiration nicht schütze, im Dunklen gemacht werden müsse, zur vorzeitigen Verklebung der Wundränder führe und zur Erkrankung des Magendarmkanals in Folge von Eiterschlucken Veranlassung gebe.

Aus der Auslassung ist ersichtlich, wie leicht eine einseitige Auffassung auch bei scheinbar leicht zu deutenden Umständen statthaben kann.

Aus einer acuten, unter allen Verhältnissen, besonders häufig auch auf dem flachen Lande zu beobachtenden Krankheit eine Domäne der grossen Chirurgie mit dem ganzen Apparat des Krankenhauses machen zu wollen, dürfte kaum dem Leidenden von Nutzen sein.

Auf diese Weise werden vielleicht thatsächlich unter den Händen des Arztes weniger Fälle letal enden, dafür werden aber überhaupt von dieser Krankheit 10mal so viel zu Grunde gehen.

P. HELLAT.

47) **Neumann** (Kiel). **Kapseltragende pathogene Streptokokken im Nasenrachenraum.** *Centralbl. f. Bakteriol. No. 37. 1904.*

In 8 Fällen, mehrmals bei Katarrh, je 1 mal im verdächtigen Diphtheriematerial, im normalen Nasensecret, bei abscedirender Tonsillitis fand Neumann einen kapseltragenden Streptococcus im Nasenrachenraum; er tritt dafür ein, dass es sich nur um eine Varietät der gewöhnlichen hüllenlosen Streptokokken handelt.

SEIFERT.

48) **Wolinzew. Kurze Bemerkung über den Zugang in den Nasenrachenraum. (Kratkaja sametka dostige w nosoglotku.)** *Chirurgia. p. 215. 1905.*

W. schlägt vor, bei operativen Eingriffen die der Geschwulst entgegengesetzte Seite des Oberkiefers zu reseciren. Durch seine Methode soll dem Auge das Ostium tubae, das Gewölbe und die Seitenwände der Nase zugänglich werden.

P. HELLAT.

49) **Einis. Zur Casuistik der Nasenrachengeschwülste. (K kasuistike opucholei nosoglototschnawo prostranetwa.)** *Wratsch Gaz. No. 57. 1905.*

Mittheilung eines Falles von gewöhnlichen Nasenrachenpolypen, der durch Adenotom entfernt wurden.

P. HELLAT.

50) **Kuhn** (Kassel). **Nasenrachentumoren und perorale Tubage.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 10. 1906.*

Das Tubusrohr der peroralen Intubation gestattet, den Mund bei der Totalexstirpation von Nasenrachentumoren weit geöffnet zu halten und den Rachen neben dem Rohr fest zu tamponiren, eventuell Erbrechen zu verhüten.

SEIFERT.

51) **Chevalier Jackson. Fibrom des Nasenrachens. Tracheotomie, Unterbindung der Carotis externa, Exstirpation, Heilung. (Fibroma of the nasopharynx. Tracheotomy; external carotid ligation; exstirpation; cure.)** *The Journal of the American Medical Association. 17. Januar 1906.*

Verf. hält eine Operation wegen eines wahren Nasenrachenfibroms nur nach

vorangegangener Unterbindung einer oder beider Carotiden für gerechtfertigt. Lässt sich nicht bestimmen, von welcher Seite die Geschwulst ihren Ursprung nimmt, so ist die Unterbindung beider Carotiden indicirt und zwar am besten mit einem Intervall von 3—4 Tagen, während dessen die Trachealwunde durch Tamponade mit Sublimatgaze offen gehalten wird, indem keine Canüle eingeführt und der Luft nicht gestattet wird, durch die Wunde zu streichen. Dadurch wird die Gefahr der Pneumonie vermieden. Verf. hält eine allgemeine Narkose für nicht angebracht, bis die Trachea eröffnet ist, wenn die Geschwulst gross genug ist, um das Velum nach vorn gegen die Zunge zu pressen. Durch Befolgung dieser Massregeln, meint Verf., kann die Mortalität dieser Operationen erheblich reducirt werden. Blutung, Dyspnoe und Chloroform wirken zusammen, um einen Collaps herbeizuführen. Man soll also der Blutung durch Unterbindung der Carotis externa, der Dyspnoe durch die Tracheotomie unter Lokalanästhesie vorbeugen, so dass man dann das Chloroform mit verhältnissmässiger Sicherheit anwenden kann.

EMIL MAYER.

52) **B. Sachs. Nasenrachencarcinom mit Metastasen. (Pharyngeal carcinoma with metastases.)** *N. Y. Medical Record. 3. Februar 1906.*

Patient war 35 Jahre alt. Die Symptome deuteten auf einen zunehmenden intracraniellen Druck hin. Somnolenz, Hemiplegie, rechtsseitige Oculomotoriuslähmung, doppelseitige Neuritis optica. Als Ursache der Störungen fand man einen grossen Retropharyngealtumor, von dem man annahm, dass er durch die Schädelbasis hindurchgewuchert sei. Allmälig traten multiple Geschwülste auf der Kopfhaut und verschiedenen Körpertheilen auf. Die Untersuchung des Nasenrachentumors ergab, dass es sich um ein Carcinom handelte. Der Fall endete tödtlich und man fand mehrere Perforationen in der Schädelbasis.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Schilling** (Leipzig). **Recidivirende Stomatitis aphthosa.** *Centralbl. f. innere Med. No. 20. 1906.*

Die kurzen Ausführungen Schilling's klingen in die Mahnung aus, dass man dem Zahnarzt und nicht dem Magenarzt die Behandlung der Aphthen überlassen solle.

SEIFERT.

54) **Kisel. Fall von Noma nach Morbilli bei einem 4jährigen Knaben. Heilung. (Slutschei wodjanewo paka posle kori w maltschika 4 let, okontschiwschiesja wisdorowleniem.)** *Med. Obosr. p. 162. 1905.*

K. reinigt sofort die Geschwüre mit scharfem Löffel und wäscht sie dann mit heisser Hypermanganlösung (1 : 2000) aus, wonach etwas Jodoform in die Wunde gerieben wird. K. hat persönlich 50 Fälle von Noma beobachtet, von denen 22 heilten, 15 starben, bei 13 blieb der Ausgang unbekannt.

P. HELLAT.

55) **Schlossberger** (Budapest). **Beitrag zur Aetiologie des „Produzione sottolinguale“.** *Arch. f. Kinderheilkde. Bd. 42. Heft 5 u. 6. 1906.*

In den 3 mitgetheilten Fällen handelte es sich um Kinder im Alter von

13 Monaten, $1^1/_2$ und 1 Jahr. In allen Fällen waren die unteren Schneidezähne entwickelt und in 2 Fällen (einer wurde der Beobachtung entzogen) verschwand der Tumor nach Extraction der Zähne.

SEIFERT.

56) **Isaac Adler. Bemerkungen über einige Allgemeininfectionen durch die Tonsillen. (Remarks on some general infections through the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 9. December 1905. N. Y. Medical Journal. 31. März 1906.*

Verf. bezeichnet als Zweck seiner Arbeit, einige Punkte von rein praktischem Interesse zu erörtern, ohne auf theoretische Speculationen einzugehen. Er betont die Häufigkeit eines Eindringens der rheumatischen Infection durch die Tonsille; diese Infection braucht nicht immer unter dem Bild einer acuten folliculären Angina mit Fieber, Schwellung der Tonsillen etc. einzusetzen. Im Gegentheil, bisweilen scheint es, als ob eine intensive entzündliche Reaction wie eine Art Präventivmittel gegen eine Allgemeininfection wirkt. Es ist erwiesen, dass sehr virulente Bacillen die Tonsillen ohne jede entzündlichen oder reactiven Veränderungen dieser passiren. Am leichtesten und häufigsten ist das dünne Epithel der Lakunen geschädigt und durch dieses finden die Infectionsträger Eingang in die Lymphkanäle; es kann also bereits eine leichte Irritation der Tonsillen den Vorläufer für eine mehr oder minder schwere rheumatische oder septische Allgemeininfection bilden. Verf. macht darauf aufmerksam, dass der Muskelrheumatismus, von dessen bacteriellem Ursprung er überzeugt ist, sich mit Vorliebe an Hals, Nacken und Schulter localisirt. Dem acuten Beginn geht fast immer eine Tonsillitis zuvor. Ebenso hält A. den tonsillären Ursprung der Pneumonie in vielen Fällen für sicher. Er citirt sodann einen Fall, der beweisen soll, dass die schwerste septische Allgemeininfection durch die Tonsillen ihren Eintritt nehmen kann, ohne dass es zu einer Tonsillitis oder Peritonsillitis kommt. Er macht ferner aufmerksam auf die Beziehung der Tonsillitis zu der sogenannten desquamativen Nephritis ohne Oedem, Erbrechen, Kopfschmerz, ohne subjective oder objective Symptome ausser dem Urinbefund. In den meisten Fällen entstand diese Nephritis gleichzeitig mit einer Tonsillitis oder unmittelbar darauf und hielt bisweilen lange nach dem Verschwinden dieser an. A. glaubt, dass chronische Nephritis tonsillären Ursprungs häufiger ist, als man annimmt. Man solle daher während und nach jeder Tonsillitis den Urin untersuchen.

Verf. räth, in jedem Fall, wo die Tonsillen die leichtesten Anzeichen von Erkrankung aufweisen, sie zu exstirpiren. Die grössten Gefahren bieten seiner Meinung nach die nicht hypertrophirten Tonsillen mit ihrem weichen permeablen Gewebe und offenen Communicationen mit den Lymphwegen und vor allem mit Epithelveränderungen in den Krypten. Man solle nicht abwarten, bis verschiedene Anfälle von Rheumatismus mit Endocarditis etc. aufgetreten seien, bevor man solche Tonsillen entferne.

LEFFERTS.

57) **Geo B. Wood. Die Lymphdrainage der Gaumentonsillen. (The lymphatic drainage of the faucial tonsils.)** *American Journal of Medical Sciences. April 1906.*

Die klinischen Studien des Verf. beziehen sich fast ausschliesslich auf die

Kindheit. Er meint, man könne sehr häufig, wenn man eine Halsdrüsenschwellung im frühen Stadium zu Gesicht bekommt, nach der Lage der zuerst befallenen Drüse bis zu einem gewissen Grad den Ursprung der Krankheit bestimmen. Die drei wichtigsten Quellen für die Infection der cervicalen Lymphdrüsen sind das Zahnfleisch, die Gaumentonsillen und die Rachentonsille. Die Lymphwege der Gaumentonsillen münden in eine Drüse, die, wenn sie vergrössert ist, unter und hinter dem Kieferwinkel palpabel ist. Infectionen, bei denen die Rachenmandel die Eingangspforte darstellt, zeigen sich zuerst an den Lymphdrüsen, die grade hinter dem hinteren Rand des Sterno-cleido-mastoideus liegen. EMIL MAYER.

58) **Jonathan Wright. Der Unterschied zwischen dem Verhalten von Staub und dem von Bakterien in den Tonsillarkrypten. (The difference in the behavior of dust from that of bacteria in the tonsillar crypts.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Januar 1906.*

Pathogene Bakterien, die im Gleichgewichtsstadium harmlose Bewohner der Tonsillarkrypten sind, werden unter gewissen Umständen vom Tonsillarepithel resorbirt. Ferner lässt sich experimentell nachweisen, dass pathogene Mikroorganismen, wenn sie einem an diese nicht gewöhnten Thiere in den Rachen geblasen werden, durch das Tonsillarepithel hindurchgehen. Im ersten Fall müssen wir irgendwelche vorangehende Veränderungen, Nervenshock oder allgemeine Ursachen annehmen, die eine Durchgängigkeit des Epithels bewirken; im zweiten Fall, dass die in grosser Menge eindringenden Bakterien die normaler Weise bestehende bakteriolytische oder defensive Einrichtung überwinden. Eine illustrirte Tafel, die der Arbeit beigegeben ist, zeigt, wie Carminkörperchen von aussen durch das Tonsillarepithel hindurchgehen, während die Bakterien auf der Oberfläche bleiben. Zur Erklärung dieser Thatsache hat W. eine Reihe von Versuchen unternommen. Es scheint, dass die Farbkörnchen durch die schleimig-schlüpfrige Bakterienschicht und dann durch das Epithel hindurchgehen, ohne welche von den Bacterien mit sich zu nehmen. Das normale Epithel der Krypten verhütet ein Eindringen der Bakterien. Der Schleimgehalt der Bakterien ist augenscheinlich eine biomechanische Schutz- und Trutzeigenschaft zum Unterschied von ihren biochemischen Producten, den Toxinen und Endotoxinen. Es ist eine Gleichgewichtstendenz der mechanischen Kräfte in der Tonsille vorhanden; dieses Gleichgewicht kann durch eine Wunde aufgehoben werden, die die Keime tief unter die Oberfläche bringt, ebenso wie ein virulenter Keim von aussen oder ein Shock von innen her denselben Effect hervorrufen kann. LEFFERTS.

59) **G. Sommer** (Niedermendig). **Kritisches und Neues zur Therapie des Tonsillenabscesses.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Autor empfiehlt als therapeutische Maassnahme und gleichzeitiges Prophylacticum gegen spätere Recidive die sofortige Tonsillotomie mittelst Knopfbistourie oder Tonsillotom, wodurch regelmässig gleich der Abscess mit eröffnet werde. HECHT.

60) **Notiz des Herausgebers. Hypertrophie der Tonsillen. (Hypertrophy of the tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Rp. Acid. carbol. puri 1,0,
Resorcini 8,0,
Spir. menth. piperit. 20,0,
Glycerini 30,0,
Aqu. dest. 450,0.
MDS. Gurgelwasser.

LEFFERTS.

61) **L. T. Royster. Angina Vincenti. (Vincents Angina.)** *N. Y. Medical Journal. 24. März 1906.*

Verf. berichtet zwei Fälle; im ersten Falle betraf die Erkrankung das Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers, die Ulceration erstreckte sich auf die Mundschleimhaut und auf den Rand der Zunge. Beide Tonsillen trugen tiefe Ulcerationen. Dieser Patient war in Behandlung eines Zahnarztes. Nach 6 Tagen kam auch der Zahnarzt in R.'s Behandlung mit Klagen über Halsschmerzen. R. fand auf der linken Tonsille ein kleines Häutchen. Die regionären Lymphdrüsen waren geschwollen. Mikroskopische Untersuchung ergab in diesem, wie im ersten Falle, fusiforme Bacillen und Spirochaeten. In den nächsten Tagen bildete sich auf der Tonsille ein tiefes Ulcus. Beide Fälle heilten unter täglicher Application von Jodtinctur. Sie werden vom Verf. für die Anschauung von einer Contagiosität der Vincent'schen Angina verwerthet.

LEFFERTS.

62) **Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber Vincent's Angina. (Om Vincent's Angina.)** (Verhandl. der med. Gesellsch. zu Kopenhagen.) *Hosp. Tid. p. 186. 1906.*

Verf. theilt zwei Fälle mit: 1. 21jährige Frau wird plötzlich krank. Sie bekommt Schmerzen im Hals, Erbrechen, Schwindel und Appetitlosigkeit. Da man glaubt, es mit Syphilis zu thun zu haben, wird sie zur Beobachtung ins Krankenhaus aufgenommen, von dort aber nach dem Epidemiehospital überführt, um auf Diphtheritis beobachtet zu werden. Mittelstarker, grünlicher Belag auf beiden Tonsillen. Starker Foetor. Keine Diphtheriebacillen, aber Spirochaeten und spindelförmige Bacillen fast in Reincultur. 2. 23jähriger Student. Schmerzen an der rechten Seite des Halses 3 Wochen lang; gräulicher Belag auf der rechten Tonsille. Keine Diphtheriebacillen. Spirochaeten und fusiforme Bacillen in grosser Menge.

Verf. betont die Häufigkeit der Verwechselung zwischen Diphtherie und Syphilis.

E. SCHMIEGELOW.

63) **Hindes. Ueber primäre perforirende skarlatinöse Angina. (O perwitschnoi probadajnschtschei skarlatinosnoi shabe.)** *Wratsch Gaz. No 48. 1905.*

H. theilt drei Fälle mit, welche er beobachtet hat. In zwei Fällen bildeten sich Perforationen im weichen Gaumen, in einem Falle im Gaumenbogen. Zwei von ihnen endeten letal.

P. HELLAT.

64) **Moskovitz. Peritonsillitis phlegmonosa bei einem Tabiker.** *Orvosok Lapja. No. 36.*

Beschreibt einen Fall, wo eine Peritonsillitis bei einem Tabiker letal endigte. Wahrscheinlich übte das Fieber oder die Resorption toxischer Substanzen eine verhängnissvolle Wirkung auf das kranke Nervensystem aus. v. NAVRATIL.

65) **Kaesbohrer** (Nürnberg). **Der syphilitische Primäraffect an den Tonsillen.** *Dissertat. Würzburg 1906.*

Aus der Literatur und unter Hinzufügung von 3 Fällen aus der Klinik von Seifert konnte Verf. 290 Fälle von Tonsillarschankern tabellarisch zusammenstellen und die ganze Pathologie dieser Localisation des syphilitischen Primäraffectes schildern. SEIFERT.

66) **Thomas J. Harris. Wahrscheinlich bösartige Neubildung der Tonsille mit augenscheinlichem Nutzen durch X-Strahlen behandelt. (Neoplasm of the tonsil probably malignant treated by x-ray with apparent benefit.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Fall betraf eine 82jährige Frau. EMIL MAYER.

67) **Santi Pusateri. Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von primärem Sarkom der Gaumentonsille. (Sopra un caso di sarcoma primitivo della tonsilla palatina in rapporto alla cura coi raggi di Roentgen.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. December 1905.*

Patient war ein 48jähriger Mann; es handelte sich um ein primäres Sarkom der linken Tonsille mit Drüsenmetastasen. Er wurde mit Röntgenstrahlen behandelt und angeblich geheilt aus der Klinik entlassen. Es traten aber Recidive ein und die Erkrankung breitete sich auf die rechte Tonsille aus und Pat. starb 21 Monate nach dem ersten Bemerkbarwerden der Affection. Es liess sich nachweisen, dass die Behandlung mit Röntgenstrahlen auf die primäre Geschwulst sehr günstig eingewirkt hatte, die tiefen Drüsenmetastasen waren jedoch unbeeinflusst geblieben. Nach den ersten Sitzungen war der Tumor der linken Tonsille verschwunden, auch waren keine Drüsen mehr palpabel. Verf. meint, dass, wenn der Pat. sich bei den ersten Anzeichen eines Recidivs wieder einer energischen Behandlung unterworfen hätte, eine Heilung nicht ausgeschlossen gewesen wäre.

FINDER.

68) **F. Rossi. Carcinom der rechten Tonsille und des Gaumens. (Carcinoma della tonsilla destra e delle ghiendale del velo.)** *Bollett. delle mal. d'orecchio, naso e gola. Februar 1906.*

Verf. giebt zuerst eine literarhistorische Uebersicht über die bösartigen Geschwülste der Tonsillen und berichtet sodann über einen Fall, der von der Tonsille sich auf die Gaumenbögen ausbreitete und in dem bereits Drüsenmetastasen vorhanden waren. Da der Fall inoperabel war, so versuchte man es mit Röntgenstrahlen, die jedoch auch keinerlei Wirkung hatten. FINDER.

69) **A. S. Vallack** (Bowral N. S. Wales). **Mittheilung über die Enucleation der Tonsillen. (An note on enucleation of the tonsils.)** *Australasian Medical Gazette. 21. Mai 1906.*

Die Mittheilung betrifft ein 6jähriges Kind, dem 2 Jahre vorher die Tonsillen mit dem Tonsillotom entfernt waren. Sie waren wieder gewachsen und sehr gross geworden. Verf. machte die Enucleation in Chloroformnarkose, indem er zunächst die Tonsillen vom vorderen Gaumenbogen trennte, sie dann mittels einer Doyen'schen Klammer an ihrer Basis abklemmte und mit einer Scheere abtrug.

A. J. BRADY.

70) **De Constantin. Die Tonsillarblutungen und ihre Behandlung. (Des hémorrhagies tonsillares et de leur traitement.)** *Toulouse. Inprimerie Puret. 1906.*

Nach welchem Verfahren man auch tonsillotomirt, man muss stets auf die Möglichkeit einer Blutung gefasst sein. Die Naht der Gaumenbögen, combinirt mit der Tamponade der Tonsillarbucht, und die blutstillende Tamponade des Pharynx machen die Unterbindung der Carotis bei schweren Hämorrhagien unnöthig.

E. J. MOURE.

71) **G. Roberts. Ein neues Instrument zur Entfernung der Tonsillen. (A new instrument for excision of the tonsils.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Die Kraft des schneidenden Theils des Instruments ist nach aussen gegen die Basis gerichtet. Eine Verletzung der Gaumenbögen ist nach Construction des Instruments ausgeschlossen.

EMIL MAYER.

72) **M. Seyffert** (Dessau). **Ein neues Ringmesser-Tonsillotom.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1905.*

Modification des Mathieu'schen Ringmessers.

HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

73) **Anton Wiesner** (Prachovic). **Zur Differentialdiagnose der Diphtherie in der Landpraxis.** *Wiener klin. Rundschau. No. 5. 1906.*

In zweifelhaften Fällen auftretende leichte Blutung von den Tonsillen bei entsprechendem Belage deutet auf Diphtherie.

CHIARI.

74) **K. Zucker** (Graz). **Ueber das Auftreten der Diphtherie im letzten Decennium und ihre Sterblichkeitsverhältnisse.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

Die Gesammtletalität der Diphtherie in Steiermark hat im Laufe des letzten Dezenniums ziemlich gleichmässig abgenommen, wofür die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie entscheidend ist. Der Krankheitscharakter der Diphtherie hat sich dabei im Ganzen nicht wesentlich geändert.

CHIARI-HANSZEL.

75) **Bernhard Fischer** (Kiel). **Die Bekämpfung der Diphtherie mit Berücksichtigung der bei einer Epidemie in einem Automatenrestaurant gemachten Erfahrungen.** *Münch. med. Wochenschr. S. 647. 1906.*

Autor weist mit Nachdruck auf die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung hin und verlangt, dass nicht nur die Erkrankten entsprechend isolirt und

behandelt werden, sondern dass dieselben auch noch nach Ablauf der Erkrankung so lange unter Controle bleiben, bis die Gefahr der Weiterübertragung durch sie — als Bacillenträger — beseitigt ist. Auch die mit den Erkrankten in Berührung gekommenen Personen müssen bakteriologisch controlirt und eventuell prophylaktisch mit Diphtherieserum behandelt werden, wobei alle, „bei denen Diphtheriebacillen gefunden werden, zu isoliren oder doch wenigstens in ihrem Verkehr derartig zu beschränken sind, dass der Uebergang der Krankheitserreger auf weitere Personen ausgeschlossen ist". Ebenso sind die betreffenden Räume, Gebrauchsgegenstände etc. gründlich zu desinficiren.

Autor berichtet über eine von einem Automatenrestaurant ausgegangene Epidemie, bei der die bakteriologische Untersuchung des Personals eine Reihe gesunder, bezw. anscheinend gesunder Bacillenträger nachweisen konnte. Bezüglich weiterer Details, die sich zu kurzem Referat nicht eignen, muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

76) **Herbert D. Pease. Einige Hauptzüge und Resultate der curativen und präventiven Anwendung von Antitoxin bei Diphtherie. (Some features and results of the treatment and prevention of diphtheria by the use of antitoxin.)** *New York State Journal of Medicine. Mai 1906.*

Verf. betont besonders die Nothwendigkeit, das Antitoxin früh anzuwenden. In 80 pCt. der Fälle von Herztod handelt es sich um eine verzögerte Behandlung. Die Zunahme der Fälle von Lähmung seit Beginn der Antitoxinepoche schreibt Verf. dem Umstand zu, dass viele dieser Fälle früher bereits im acuten Stadium der Krankheit gestorben seien. Die Neigung zu Lähmungen steht in directem Verhältnisse zu der Schwere des Anfalls. Je schwerer ferner die Krankheit, desto weniger Neigung zu Hauterscheinungen nach der Antitoxininjection ist vorhanden.

EMIL MAYER.

77) **R. Stüve** (Osnabrück). **Behring's Diphtherieserum und Homöopathie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Bericht über einen Fall schwerer Diphtherieinfection, bei der ein vorher behandelnder Homöopath eine Injection abgelehnt, vielmehr nur innerlich die Verabreichung einiger Tropfen Serum angeordnet, des ferneren das Gleiche als Prophylaxe für die noch nicht erkrankten Geschwister des Patienten empfohlen hatte, nebst anschliessenden kritischen Erörterungen über Complicationen und interne Medication des Serums.

HECHT.

78) **F. Fischer** (Stockholm). **Ueber den Diphtherietod. (Om difteridöden.)** *Hygiea. p. 883. 1905.*

In der Zeit von 1900—1904 sind 7250 Patienten in dem Epidemiekrankenhause in Stockholm wegen Diphtherie behandelt. Von diesen sind 341 gestorben; von diesen wurden aus verschiedenen Ursache 54 Fällen ausgeschieden, so dass nur 287 Todesfälle benutzt werden. Es handelte sich um 107 Fälle von Rachendiphtherie; von diesen sind 52,3 pCt. durch die frühzeitige Gesammtintoxication, 3,7 pCt. durch späte Sepsis und 43,9 pCt. durch späte Parese gestorben.

Von den 180 Croupfällen sind 8,9 pCt. durch frühzeitige Gesammtintoxication, 4,4 pCt. durch späte Parese, 5,1 pCt. durch mechanische Larynxstenose, 57,8 pCt. an Lungenveränderungen und 22,8 pCt. an unbestimmbarer Todesursache gestorben.

E. SCHMIEGELOW.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **P. Mathieu. Ueber den Stridor laryngis congenitus. (Du stridor laryngé congénital.)** *Thèse de Nancy. 1903.*

Detaillirte Abhandlung über das Thema. Verf. führt die Entstehung des Stridorgeräusches auf eine angeborene abnorme Bildung des Vestibulum laryngis zurück, die auf einer Entwicklungshemmung des Kehlkopfs beruht. Sie besteht bald in einer einfachen Einrollung der Epiglottis, bald in ausgesprocheneren Veränderungen an den ary-epiglottischen Falten und an den Rändern der Epiglottis.

A. CARTAZ.

80) **Kisel. Fall von angeborenem Inspirationsgeräusch im Kehlkopfe bei einem 10 Monate alten Kinde. (Slutschai wroshdennawe wdichatal. gortan. chrijna w renenka 10 mes.)**

Das Geräusch war ähnlich dem Croupgeräusch, keine ätiologische Momente zu eruiren: Laryngoskopie wurde nicht vorgenommen.

P. HELLAT.

81) **H. Koplick. Stridor laryngis congenitus. Ein Beitrag zur Pathologie dieser Affection nebst Bericht über Autopsie in einem Fall. (Congenital laryngeal stridor. A contribution to the pathology of the affection, with report of an autopsy on a case.)** *Archives of Pediatrics. December 1905. N. Y. Medical Journal. 20. Januar 1906.*

W. kommt zu dem Schluss, dass Stridor laryngis zwar mit einer Thymusvergrösserung zusammen vorkommen kann, dass jedoch, wo so ausgesprochene anatomische Abnormitäten an der Epiglottis vorhanden sind, wie in den Fällen von Lees, Refslund und seinem eigenen Fall, der Zustand der Thymus nicht in Betracht kommt. Die Theorie von Thomson und Turner erfährt eine Bestätigung durch die Thatsache, dass in vier zur Autopsie gelangten Fällen die Symptome durch die gefundenen anatomischen Anomalien durchaus erklärt werden konnten. Die Theorie von der Bedeutung der Thymus oder vom nervösen Ursprung der Affection kann nicht aufrecht erhalten werden, bis man bei einer Autopsie eines Kindes, das an Stridor laryngis gelitten hatte, sich ein völlig normaler Larynx mit normaler Epiglottis und eine grosse Thymus findet.

LEFFERTS.

82) **D. Tanturri. Beitrag zur mechanischen Theorie vom congenitalen Larynxstridor als Krankheit sui generis. (Contributo alla teoria meccanica dello stridore laringeo congenito come entità morbosa a sè.)** *Gazzetta internazionale di medicina. December 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall von Stridor laryngis congenitus bei einem drei Monate alten Kinde mit gleichzeitigen Vegetationen im Nasenrachen. Er beschreibt die Differenzirung der Geräusche, die durch verlegte Nasenathmung oder durch

Obstruction in anderen Theilen der Respirationswege zu Stande kommen, von dem klassischen und eigenthümlichen Stridor congenitus. In seinem Fall wurde durch Operation der Vegetationen die Nasenathmung verbessert, der Kehlkopfstridor blieb unbeeinflusst. Einer Eintheilung in essentiellen und secundären Kehlkopfstridor widersetzt sich Verf., jener werde im Kehlkopf gebildet, dieser beruhe auf verschiedenen Läsionen (Rhino-Pharyngitis, adenoide Vegetationen, Thymusschwellung Schwellung der peritrachealen Drüsen etc.). FINDER.

83) **Elisha M. Sill. Stridor congenitus laryngis. (Congenital stridor of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 5. Mai 1906.*

S. Stellt ein 9 Wochen altes Kind mit angeborenem Kehlkopfstridor vor. In der an diese Demonstration sich anschliessenden Discussion sagt

Schwarz, dass er kürzlich 3 Fälle gesehen habe, bei denen die Röntgenuntersuchung eine Vergrösserung der Thymus gezeigt habe.

Southworth berichtet über einen Fall, in dem eine Aufrollung der Epiglottis bestand.

Sill erwidert, dass in seinem Fall die directe Untersuchung keine Veränderung an der Epiglottis zeigt.

Kerley meint, es bestände klinisch ein Unterschied zwischen solchen Fällen, wie dem vorgestellten und den Fällen mit Vergrössung der Thymus, die man besonders bei der Autopsie fände. Bei einem seiner Patienten mit Thymusvergrösserung, der in einem Anfall von Laryngospasmus starb, waren wiederholt Anfälle von Stridor mit Apnoe, völligem Athemverlust und vorübergehender Bewusstlosigkeit vorgekommen. Von 8 Fällen, die er gesehen hat, kamen 6 zur Autopsie.

La Fetra hat kein Kind mit dieser Affection gesehen, das älter als ein Jahr gewesen wäre. Es bestände ein grosser Unterschied zwischen Stridor laryngis congenitus und Laryngismus stridulus. LEFFERTS.

84) **Luigi Leto. Typische Stimmbandcyste. (Cisti tipica della corde vocale.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. VI. 1905.*

Der 42jährige Pat. hatte einen kleinen glatten Tumor im vorderen Drittel der linken Stimmlippe, der mit der Zange entfernt wurde. Die Untersuchung ergab, dass der Tumor aus zwei Hohlräumen bestand, die miteinander die Figur einer 8 bildeten; jeder dieser Hohlräume war durch ein Plattenepithel begrenzt und mit Detritus ausgefüllt. Es handelt sich um Retentionscysten. FINDER.

85) **Réthi** (Wien). **Beiträge zur Entstehung der Kehlkopfpapillome.** *Wiener med. Wochenschr. No. 46. 1905.*

Einige von R. beobachtete Fälle von Kehlkopfpapillomen zeigen, dass entzündliche Zustände die auslösenden Momente abgeben. Als eigentliche Ursache könne man aber nur eine „Disposition“ annehmen. CHIARI.

86) **Neubauer** (Budapest). **Kehlkopfpapillome bei Kindern und deren Behandlung.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 41. 1905.*

In 5 Fällen bediente sich Neubauer zur Entfernung von Kehlkopfpapillomen bei Kindern eines modificirten Löri'schen Katheters. Die Erfolge mit oder ohne vorangehende Tracheotomie waren sehr befriedigende. SEIFERT.

87) **Garel. Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern. Zwei mittels der Killian'schen directen Methode behandelte Fälle. (Papillomes du larynx chez les enfants en bas-âge. Deux cas traités par la méthode directe du Killian.)** *Ann. des mal. de l'oreille du larynx etc. No. I. 1906.*

Das eine Kind war 3, das andere 5 Jahre alt. Verf. ist der Meinung, dass keine Methode der Operation mit Hülfe des Killian'schen Tubus gleichkommt.

E. J. MOURE.

88) **Galperin. Haematoma laryngis.** *Wratsch Gazeta. No. 41. 1905.*

Es handelte sich um eine 21jähr. schwangere Frau, die nach dem Schlucken eines harten Gegenstandes plötzlich Athemnoth und Unbequemlichkeit beim Schlucken verspürte. Ohnmachtsanfall.

Laryngoskopie ergiebt Hämatom, welches im Interarytenoidalraum sich befindet. Eröffnung und Heilung. G. nimmt an, dass die Schwangerschaft hierbei eine Rolle gespielt hat.

P. HELLAT.

89) **Purseigle. Studie über die Tumoren der Epiglottis. (Etude sur les tumeurs de l'épiglotte.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Nach einer Uebersicht über die bisher dieses Thema behandelnden Arbeiten zählt Verf. alle an der Epiglottis vorkommenden Arten von Tumoren auf. Am häufigsten — fast 40 pCt. der Gesammtsumme — sind die Cysten; der Häufigkeit nach folgen: Die Fibrome, Lipome und andere seltene Tumorformen. Unter den malignen Geschwülsten sind am häufigsten die Carcinome; es folgen die Sarkome und Lymphosarkome. Verf. macht auf die bisweilen sehr schweren und das Leben bedrohenden Respirationsstörungen aufmerksam. Mit seinem Lehrer Garel hält er für die Beseitigung der gutartigen Tumoren die Anwendung der heissen Schlinge per vias naturales für die beste Methode. Mit der Mehrzahl der modernen Chirurgen bevorzugt er für die Entfernung der malignen Tumoren die Pharyngotomia transhyoidea.

D. BRINDEL.

90) **Finder** (Berlin). **Zur Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Für den praktischen Arzt bestimmte, zusammenfassende Abhandlung, die die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose des Kehlkopfkrebses hervorhebt, sowie genaue Indicationsstellung für die je nach dem Stande der Erkrankung nöthigen Eingriffe: endolaryngeale Exstirpation, Thyreotomie, partielle Resection, Totalexstirpation, und die dadurch erzielte Resultate enthält. Zu der von B. Fränkel 1889 mitgetheilten Zusammenstellung über endolaryngeal operirte Fälle (9 eigene, 22 von anderen Autoren mit zusammen 55 pCt. Heilungen) fügt Verf. aus der Literatur der letzten 6 Jahre 10 weitere erfolgreich (Dauer der Behandlung 1 Jahr) behandelte Fälle hinzu.

ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Gottstein** (Breslau). **Ein Fall von Totalexstirpation des Larynx mit beginnender Pseudostimme.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. 1905.*

Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom. Diagnose schwierig, weil der Tumor unter dem Stimmband lag, wie Kayser (Breslau) in der Discussion

hervorhebt. Bei dem Patienten beginnt jetzt sich eine sog. Pseudostimme zu bilden; durch Zusammenlegen von Muskeln im Rachen oder Schlund entstehen stimmbandähnliche Falten, die von unten durch verschluckte Luft in Bewegung gesetzt werden können. Hinsberg (Breslau) bemerkt, dass derartige Patienten in Berlin Sprachunterricht mit gutem Erfolge erhalten könnten.

ALBANUS (ZARNIKO).

92) **Cheval. Chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Traitement chirurgical du cancer du larynx.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 6. 1905.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen otolaryngol. Gesellschaft vom 17. und 18. Juni 1905, in welchem darüber berichtet wird.

BAYER.

93) **Le Bec. Totalexstirpation in zwei Zeiten wegen Kehlkopfkrebs. Heilung. (Laryngectomie totale pour cancer du larynx faite en deux temps. Guérison.)** *Soc. de l'internat. des hôpitaux de Paris.*

Patient ist ein 57 jähriger Mann; die Operation wurde vor 14 Monaten ausgeführt. Im März 1906 zeigten sich wieder Geschwülste an den Stimmlippen. Die Drüsen waren nicht afficirt. Es wurde zunächst die Trachea vom Larynx getrennt, in die Haut vernäht und eine Dauercanüle eingeführt. Im April erfolgte der zweite Theil der Operation, bestehend in der Entfernung des Kehlkopfes. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter.

A. CARTAZ.

94) **P. Albrecht. Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinom.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 15. December 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1905.*

Tracheotomia superior. Nach 11 Tagen Exstirpation des Larynx (Professor Hochenegg) mit der Epiglottis und den beiden obersten Trachealringen. Die vordere Pharynxwand wurde an den Zungengrund angenäht, die Trachea im unteren Wundwinkel an die Haut fixirt. In der vierten Woche bekam Patient eine Narrath'sche Canüle und verliess das Spital. In seiner Heimath probirte nun der Patient alle möglichen Vorrichtungen aus, die einen Ersatz der Sprache geben können und hat als zweckmässig einen Apparat acceptirt, der ganz ähnlich der Gottstein'schen Modification des Gluck'schen Apparates construirt ist. Mit dieser Pseudostimme ist Patient seinem anstrengenden Berufe, wobei er sich oft laut verständigen musste, durch mehrere Monate vollauf nachgekommen.

CHIARI.

95) **S. E. Solly. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1905.*

Die Totalexstirpation verlief in dem mitgetheilten Falle gut. Der Operateur hatte sich jedoch durch das anscheinend gesunde Aussehen der Schilddrüse dazu verleiten lassen, diese stehen zu lassen. Der ursprüngliche Tumor hatte, wie so oft, seinen Ursprung im Thyreoidwinkel genommen und blieb fast ganz auf die Innenfläche des Schildknorpels beschränkt; unglücklicherweise muss jedoch durch den Knorpel hindurch eine Infection der Drüse stattgefunden haben. Dass es sich

ursprünglich um ein Carcinom des Larynxinnern handelte, geht schon aus dem langsamen Wachsthum im Laufe von 2 Jahren hervor, während, wenn der primäre Sitz sich aussen am Kehlkopf befindet, das Wachsthum meist ein sehr schnelles ist. Als Todesursache in diesem Falle — Patient starb 2 Monate nach der Operation — kommt nach Ansicht des Verf.'s in Betracht, dass eine Parathyreoiddrüse bei der Operation entfernt wurde, die drei übrig bleibenden allmälig durch das Carcinom zerstört wurden.

EMIL MAYER.

96) **Chevalier Jackson. Thyreotomie; Bemerkungen über die häufige bösartige Natur chronischer Heiserkeit. (Thyrotomy; notes on the frequently malign nature of chronic hoarseness.)** *N. Y. Medical News. 9. December 1905.*

Es wird die Krankengeschichte zweier typischer Fälle mitgetheilt, durch die folgende Punkte illustrirt werden sollen:

Soll die Behandlung nicht fast aussichtslos sein, so muss der Kehlkopfkrebs früh entdeckt werden. Ist er im Frühstadium entdeckt worden, so führt die verhältnissmässig leichte Operation der Thyreotomie zum Ziel. Kommt die Erkrankung hingegen erst später zur Wahrnehmung, so kann die totale oder partielle Exstirpation das Leben für eine verschieden lange Zeit verlängern, jedoch sind Recidive fast gewiss und die kurze Existenz ist ohne Annehmlichkeiten. Die frühen heilbaren Stadien des Kehlkopfkrebses documentiren sich nur in Heiserkeit, die zeitweilig verschwinden kann. Husten, Foetor, Schmerzen, äussere Schwellung, Kachexie etc. treten erst auf, wenn das Stadium der Heilbarkeit schon vorüber ist..

LEFFERTS.

97) **Koschier** (Wien). **Ueber Larynxcarcinom.** (Vortrag, gehalten in der amerikanischen Aerzte-Vereinigung Wiens am 13. October 1905.) *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 8 u. 9. 1906.*

Das Larynxcarcinom im engeren Sinne bietet relativ günstigere Verhältnisse, besonders wenn es das Stimmband betrifft, welches arm an Lymphgefässen ist. Die histologische Untersuchung der exstirpirten Gewebstheile soll auch ein histologisch ausgebildeter Laryngologe nicht selbst vornehmen, da er vom klinischen Bilde beeinflusst wird.

Die Entfernung des Carcinoms auf endolaryngealem Wege könnte nur dort in Frage kommen, wo aus verschiedenen Gründen der Patient einer eingreifenden Operation nicht ausgesetzt werden darf. Der Laryngofissur ist stets eine Woche vorher die Tracheotomie vorauszuschicken, damit sich der Patient an die neuen Athmungsverhältnisse gewöhnt. Bei der halbseitigen, wie auch der totalen Exstirpation des Larynx empfiehlt Koschier die Abschliessung der Wundhöhle gegen die Trachea durch einen nach Art der Mikulicz'schen Tamponade geformten Tampon aus Jodoformgaze, und hat der Vortragende hierdurch die häufigen Schluckpneumonien verhüten können.

CHIARI.

98) **A. V. Moschcowitz. Larynxexstirpation wegen Carcinom. (Laryngectomy for carcinoma.)** *The Laryngoscope. Februar 1906.*

Patient war ein 60 Jahre alter Mann. Die Operation wurde, um die Gefahr einer Aspirationspneumonie zu vermeiden, unter localer Anästhesie gemacht, in-

dem $^1/_4$ proc. Cocainlösung subcutan injicirt wurde. Die Operation dauerte 2 Stunden, was zum Theil daher kam, dass von Zeit zu Zeit wieder Cocain injicirt werden musste. Patient selbst gab nachher an, dass er keine sonderlichen Schmerzen ausgestanden habe. Der Trachealstumpf wurde in den unteren Wundwinkel eingenäht. Die pharyngeale Oeffnung wurde durch 2 oder 3 Etagen von Catgutnähten geschlossen. Es sind seit der Operation 6 Monate verflossen, ohne dass ein Recidiv oder Drüsenschwellung eingetreten wäre. Patient befindet sich gut.

EMIL MAYER.

99) **Slavinski. Larynxexstirpation bei Carcinoma laryngis. (Wyciecie krtani z powodu raka.)** *Gazeta Lekarska. No. 6. 1906.*

Verf. stellte in der medicinischen Gesellschaft einen 11jährigen Kranken vor, bei welchem er vor 3 Monaten den Kehlkopf exstirpirt hatte. Laryngoskopisch wurde damals ein kleiner Tumor unter dem rechten Stimmbande gefunden, doch wurde die Athemnoth stark und allmälig zunehmend, was namentlich zur Operation zwang. Nach vorgenommener Laryngofissur zeigte sich, dass der Tumor fast das ganze Lumen des Larynx ausfüllte, indem er über die vordere rechte und hintere Wand unterhalb der Stimmbänder bis zum unteren Rand der Cartilago cricoidea sich ausbreitete. Deswegen wurde die totale Exstirpation des Larynx vorgenommen. Der Kranke genas, schlingt gut und beginnt sogar zu sprechen.

v. SOKOLOWSKI.

100) **Friedmann** (Berlin). **Ein Fall von Sarkom des Pharynx und Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Trotz zweimaliger Operation (zuerst ergab Probeexcision Myxom, dann Sarkom) haben sich Recidive in der Pharynxwand, zum Theil in der linken und in der ganzen rechten Larynxhälfte, die Glottis überwölbend und den rechten Aryknorpel in sich fassend, gebildet. Auffälligerweise hat Patient ausser Hustenreiz zur Zeit keine Beschwerden.

ALBANUS (ZARNIKO).

101) **K. Renshaw** (Manchester). **Ein Fall von Fibrosarkom, ausgehend von der Membrana hyo-thyreoidea. (A case of fibro-sarcoma arising from the thyrohyoid membrane.)** *Journal of Laryngology. London. p. 169. April 1906.*

Verf. theilt den Fall eines 29jährigen Mannes mit, der eine Schwellung im Spatium hyo-thyreoideum und dem oberen Theil des Schildknorpels zeigte. Unter zunehmender Heiserkeit und Schluckbeschwerden war diese Schwellung in den letzten 2 Jahren gewachsen. Es wurde eine Incision in der Mittellinie gemacht und man fand unter dem Muscul. thyreo-hyoideus in einer Kapsel eingeschlossen einen Tumor, der nach unten hinten zwischen den Schildknorpel und die Membran. hyo-thyreoidea hineinging. Der Tumor schien seinen Ursprung von der Hyothyreoidmembran zu nehmen.

JAMES DONELAN.

102) **D. Tanturri. Rationelles System der Ernährung bei intubirten Säuglingen. (Sistema razionale di nutrizione nei lattanti intubati.)** *Italienische Gesellschaft f. Pädiatrie. December 1904.*

Verf. lässt die Kinder mit der Muttermilch ernähren. Die Mamma der Mutter wird durch eine über den Rücken gehende Bandage gehalten, in dieser

Bandage befindet sich ein Ausschnitt für die Warze. Verf. hat die Patienten in vielen Fällen so ernähren lassen, ohne dass Erstickungsanfälle oder Extubation eingetreten wäre.
FINDER.

103) **Fielding L. Taylor. Ein Fall von Retention eines Intubationsrohrs, durch allmälige Dilatation behandelt. (A case of retained intubation tube treated by gradual dilatation.)** *N. Y. Medical Record. 8. Juli 1905.*

Es handelte sich um ein Kind, dass die Tube 187 Tage lang getragen hatte.

In der Discussion bemerkt Henry W. Berg, dass in den letzten 4 bis 5 Jahren im Willibald Parker-Hospital (New-York) ungefähr 27 Fälle von chronischer Intubation beobachtet worden sind. Die längste Zeit, während der eine Tube getragen wurde, betrug $1^1/_2$ Jahr; vor Kurzem kam ein Patient zur Entlassung, der die Tube 9 Monate lang getragen hatte.
LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

104) **Preiser. Ueber experimentell erzeugte Veränderungen der Schilddrüsenstructur.** *Verhandl. deutscher Naturforscher u. Aerzte. 76. Vers. Theil 2. 2. Hälfte. S. 791. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.
J. KATZENSTEIN.

105) **W. G. Mac Callum. Die Beziehung der Parathyroiddrüsen zur Tetanie.** *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 16. S. 385.*

Dem Referenten nicht zugänglich.
J. KATZENSTEIN.

106) **Lawrence Humphry** (Cambridge). **Die Parathyreoidea beim Morbus Basedow. (The parathyroid in Graves' disease.)** *Lancet. p. 139. 11. November 1905.*

Verf. meint, es müsse der Parathyroidea besonders auch bei den Sectionen mehr Aufmerksamkeit als bisher geschenkt werden. Er beschreibt zwei Fälle von Morbus Basedow, in welchen eine Fettinfiltration der Parathyroidea bestand; er hat diese Drüse bei 18 an allen möglichen Erkrankungen verstorbenen Personen untersucht. Von diesen Personen waren 12 unter 50 Jahren; bei allen, mit einer Ausnahme, fand sich eine normale Parathyroidea. Diese Ausnahme betraf ein 14jähriges Mädchen, das an den Folgen einer Verbrennung starb. Hier war die Parathyroidea überreich an Fett; ferner bestand eine Vergrösserung der Thymus. Eine mikroskopische Untersuchung der Schilddrüse wurde nicht gemacht, doch sagt Verf., dass die Drüse normales Aussehen hatte. In dieser Beziehung ist einiger Zweifel gerechtfertigt, da man weiss, dass Thyreoidvergrösserung eine der constantesten Begleiterscheinungen des Morbus Basedow ist. In den 6 Fällen, in dem das Lebensalter der Patienten 50—72 Jahre betrug, zeigte die Parathyroidea ausgesprochene Fettinfiltration. Einer der Patienten war ein 60jähriger Mann, der im Coma diabeticum gestorben war.

Verf. ist der Ansicht, dass die Parathyroidea in der Jugend von Bedeutung sei, später aber der Fettinfiltration anheimfalle. Er behandelt ausführlich die anatomischen Verhältnisse der Drüse und meint in Bezug auf die Arbeit von A.

Welsh (Journ. of Anat. and Physiol. 1898): Es sind zwei Theile, ein posterior-superiorer und ein anterior-inferiorer. Sie sind 6—7 mm lang, 3—4 mm breit und 1,5—2 mm dick. Sie haben kreisförmige oder ovale Gestalt, graue Farbe und unterscheiden sich so von der Thyroidea und den Nebenschilddrüsen und Lymphdrüsen. Die obere Parathyroidea liegt gewöhnlich hinter dem Zellgewebe da, wo der hintere Rand der Schilddrüse den Oesophagus berührt, fast in der Höhe des Ringknorpels unmittelbar hinter der Art. thyroidea inferior. Die anterior-inferiore Drüse ist in ihrer Lage veränderlicher. Am häufigsten liegt sie dicht an dem unteren Rand des seitlichen Schilddrüsenlappens, gerade vor der Art. thyroidea inferior oder unter der Schilddrüse vor der Trachea. JAMES DONELAN.

107) **Kuh. Persönliche Erfahrung mit der Serumbehandlung bei Morbus Basedow. (Personal experience with the serum treatment in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 30. September 1905.*

Verf. hat 11 Fälle mit dieser Methode behandelt; er ist nicht im Stande, über den Heilwerth ein definitives Urtheil abzugeben. Sie scheint zum mindesten eine palliative Wirkung zu haben, indem der Allgemeinzustand sich bessert, die Nervosität nachlässt, der Appetit angeregt wird und die Tachycardie abnimmt. Zeitweilige Wiederholung der Behandlung ist anzurathen. LEFFERTS.

108) **F. Hartley. Thyreoidectomie bei Morbus Basedow. (Throidectomy for exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 30. September 1905.*

H. berichtet über 15 Fälle partieller Schilddrüsenexstirpation mit 93,4 pCt. Heilung. In der Literatur finden sich 5 Fälle, in denen nach der Operation die Symptome wiederkehrten. Auch ist bekannt, dass Tetanie und plötzlicher Tod während oder gleich nach der Operation eingetreten ist. Medicamentöse Behandlung soll in jedem Falle zunächst versucht, aber nicht zu lange fortgesetzt werden. Sobald sie versagt, ist die Operation indicirt, besonders wenn ein Colloidkropf vorhanden ist. Als Anaestheticum nehme man Aether oder Gas und Aether. Die angewandte Operationsmethode war in allen Fälle die Kocher'sche. 14 von den operirten Patienten sah Verf. später in ausgezeichnetem Gesundheitszustande; Nervosität und Tremor waren bei allen verschwunden, ebenso war bis auf 3 Fälle der Exophthalmus bei den übrigen nicht mehr vorhanden. Ein Patient starb während der Operation. Im Vergleich mit der Sympathicusresection ist sowohl in Bezug auf die geringere Mortalität wie die besseren Heilungserfolge die Thyreodectomie vorzuziehen. LEFFERTS.

109) **G. E. Pfahler. Morbus Basedow mit Röntgenstrahlen behandelt. (Exophthalmic goitre treated by the Roentgen rays.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

Verf. berichtet über eine Patientin, bei der Monate lang nervöse Symptome bestanden, dann trat eine Schwellung des rechten Schilddrüsenlappens ein. Als der Kropf 2 Monate bestand, wurde mit der Röntgenbehandlung begonnen. Innerhalb 2 Monaten wurden 22 Sitzungen abgehalten. Nach einem Monat war bereits eine Besserung zu constatiren. Pat. hatte 25 Pfund zugenommen, der Puls fiel von 120 auf 72. Bei 31 in der Literatur berichteten Fällen von Kropf, die mit

Röntgenstrahlen behandelt wurden, handelte es sich viermal um Morbus Basedow. Von den 31 Fällen trat bei 28 Besserung ein.

LEFFERTS.

110) **Hoegg** (Schussenried). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin Möbius.** *Medic. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 19. 1906.*

In 2 Fällen von Morbus Basedowii übte Antithyreoidin einen günstigen Einfluss auf die Herzthätigkeit aus, so dass eines der schwersten Symptome dieser Krankheit wirksam bekämpft werden kann. Unangenehme Nebenwirkungen lassen sich bei Verabreichung von kleinen Anfangsdosen mit allmäliger Steigerung vermeiden.

SEIFERT.

111) **A. Aaltsz** (Kolijnsplaat). **Morbus Basedowii und Antithyreoidin Möbius. (Morbus Basedowii en Antithyreoidin Moebius.)** *Geneesk. Courant. 28. April 1906.*

Beschreibung zweier Fälle, in welchen das Mittel einen überraschend günstigen Erfolg bewirkte.

H. BURGER.

g. Oesophagus.

112) **Glücksmann** (Berlin). **Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1905.*

„Jeder Fremdkörper bedingt eine Verletzung, die wie jede andere Wunde inficirt werden kann." Vortr. spricht sich für möglichst exspectative Behandlung und gegen leichtfertigen Gebrauch von Instrumenten, die die Infectionsgefahr vergrössern, aus. Möglichst soll eine Röntgenaufnahme der Oesophagoskopie vorausgehen.

In der Discussion berichtet Alexander von einem Fall, der nach Verschlucken eines Knochens Schüttelfröste und 40° Fieber bekam, welches dann aber nach einigen Tagen — „wahrscheinlich durch Eröffnung eines ösophagealen Abscesses" — plötzlich abfiel. A. Fränkel beobachtete einen Kranken, „bei dem sich ein verschluckter Knochen vom Sinus Morgagni aus einen Weg nach aussen gebahnt hatte."

ALBANUS (ZARNIKO).

113) **Glücksmann** (Berlin). **Demonstration eines Falles von traumatischer Oesophagusfissur.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 20. Vereinsbeilage. 1905.*

Die Oesophagusfissur rührte von der Kante eines Brötchens her.

ALBANUS (ZARNIKO).

114) **Bakaleinik** (Kiew). **Ueber eine Modification meines Hydrodilatators zur Extraction von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 20. 1905.*

Der Apparat besteht aus einer metallenen Spritze, an die eine lange elastische, blind endende Gummiröhe zu befestigen ist, die 8 cm vom Ende ab sehr dehnbar, weiter oberhalb in Folge Umwicklung mit Seide nicht auftreibbar ist. Wie eine

Magensonde soll der Gummischlauch am Fremdkörper vorbei eingeführt, dann mit Wasser aufgebläht werden und so, im aufgeblähten Zustande, beim Herausziehen den Fremdkörper mit hinaus befördern. ALBANUS (ZARNIKO).

115) L. van der Hoeven (Haag). **Die Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre des Kindes. (Over de behandeling van vreemde lichamen in den slokdarm van het kind.)** *Geneesk. Courant. 21. April 1906.*

Besprechung und Erwägung der verschiedenen Behandlungsmethoden anlässlich eines Falles, wo eine Münze mittelst Oesophagotomia externa entfernt wurde. H. BURGER.

116) T. T. Reitenwald. **Eine nach 219 Tagen aus dem Oesophagus eines Kindes entfernte Münze. (A coin removed after 219 days in the oesophagus of a child.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Januar 1906.*

Bericht über einen, ein 2jähriges Kind betreffenden Fall. LEFFERTS.

117) Stuart Mc. Guire. **Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Januar 1906.*

Verf. bespricht die verschiedenen zur Entfernung der Fremdkörper möglichen Methoden mit besonderer Würdigung der operativen Eröffnung der Speiseröhre. LEFFERTS.

118) Richelot. **Oesophagotomia externa in einem Fall von Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe dans un cas de corps étranger de l'oesophage.)** *Bulletin médical. No. 35. 1906.*

Nach angeblichen Versuchen, das verschluckte Gebiss mittelst verschiedener Instrumente zu extrahiren, machte Verf. die Oesophagotomia externa und Gastrotomie. Einige Tage darauf starb Patient. An die Demonstration dieses Falles vor der Société de chirurgie in Paris schloss sich eine Discussion, an der Sebileau, Pozzi, Picqué, Kirmisson u. A. theilnahmen; alle sind Anhänger der Oesophagotomia externa; keiner spricht von der ösophagoskopischen Untersuchung. BRINDEL.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) H. Lanz, **Wie sollen wir sprechen?** Wien 1906.

R. Hennig, **Lerne gesundheitsmässig sprechen.** Wiesbaden 1906. J. F. Bergmann.

H. Gutzmann, **Stimmbildung und Stimmpflege.** Wiesbaden 1906. J. F. Bergmann.

In den letzten Jahren ist der Büchermarkt mit einer grossen Anzahl sogenannter populärwissenschaftlicher Abhandlungen über die Bildung, die Pflege und Hygiene der Sing- und Sprechstimme überschwemmt worden: all' diese Bücher und Büchlein wollen den vielen Rednern und Sängern, deren Stimme gefährdet oder gar schon geschädigt ist, zu Hülfe kommen, sie alle wollen lehren, wie man diesem

oder jenem Schaden vorbeugt oder ihn, wenn er schon eingetreten sein sollte, wieder ausbessert. Aber nicht Jeder, der in dieser gewiss lobenswerthen Absicht das Wort ergriffen hat, hat auch wirklich etwas zu sagen gehabt. Die Einen erzählen immer wieder mit unendlichem Behagen dieselben ollen Camellen, andere tragen mit überzeugungstreuester Miene die abenteuerlichsten Ansichten vor — Ansichten, die ihrer Phantasie mehr Ehre machen als ihrem Sachverständniss. Und nicht gar selten hat man nach der Lectüre solch' eines Büchleins die Empfindung, dass dem Verfasser, als er seine „gemeinverständliche" Visitenkarte als Gesanglehrer oder Halsarzt abgab, das eigene Wohl mehr am Herzen lag als das der armen Kranken.

Das Lanz'sche Büchlein erklärt sich selbst bescheidentlich für „sensationell und einzigartig, für unentbehrlich für Lehrer, Sänger, Schauspieler, Professoren, Juristen, Kanzel- und Parlamentsredner, Mediciner und Officiere". Für den recht mässigen Preis von 1,25 Mk. verspricht es „jeder, auch ruinirten Stimme auf Grund seiner Methode metallischen Klang, Wohllaut und Ausdauer zurückzugeben." Mehr kann man für eine Mark und fünfundzwanzig Pfennige doch wirklich nicht verlangen! — Zur Charakteristik des Lanz'schen Buches dürfte es aber jedenfalls genügen, eine einzige, wie der Verf. selbst sagt, vielleicht die wesentlichste unter seinen Vorschriften wiederzugeben. Seite 19 heisst es: „Daher ist vor allem (während des Sprechens) das Zwerchfell einzuziehen und während des Sprechens in dieser Stellung festzuhalten." Wenn Einer so einwandsfrei seine Qualification zum Lehrer nachweist, dann darf die Kritik sich gewisslich jedes weiteren Commentares enthalten.

Auf einem ganz anderen Niveau stehen die beiden anderen, zur Besprechung vorliegenden Abhandlungen. Hennig vertritt in seiner Einleitung den sehr vernünftigen Grundsatz, dass man die Schüler mit allen, was nur irgendwie über die einfachsten und landhäufigsten Kenntnisse der Anatomie und Physiologie hinausgeht, verschonen soll. Für die praktische Ausübung ihrer Kunst würde ihnen das doch nur sehr wenig nützen. Dahingegen muss aber verlangt werden, dass Jeder, der sich als Lehrer bezeichnet, soweit physiologisch vorgebildet ist, dass er jeden ihm vorkommenden Fall von Stimmbildung auf seine physiologischen Ursachen rückführen kann (S. 13). Auf 40 Druckseiten giebt dann der Verfasser in leicht verständlicher Darstellung eine grosse Reihe von Anweisungen für allerhand Uebungen zur Pflege des Sprachorganes.

Ein vortreffliches Gegenstück zu dem Hennig'schen Büchlein bildet die Gutzmann'sche Broschüre. Hatte sich jener an den Schüler direct gewandt, so sind die Gutzmann'schen Vorlesungen mehr für den Lehrer bestimmt. Sie verdanken ihre Entstehung einer Anregung der Stadt Hamburg, in deren Auftrag der Verf. eine Reihe von Vorträgen über die Stimmbildung und Stimmpflege vor Lehrern und Aerzten gehalten hat. In dem Gutzmann'schen Buche findet man in klarer und leicht verständlicher Form alles das zusammengetragen, was der Sprech- und Gesanglehrer von den anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnissen unserer Sprech- und Singstimme wissen muss, um den von Hennig aufgestellten Forderungen zu genügen. Dieses Buch hat vor vielen ähnlichen Arbeiten den Vorzug, dass es trotz aller Gründlichkeit nicht über den

Rahmen hinausgeht, den der medicinische Fachmann dem Laien, auch dem gebildetsten, gegenüber nun einmal nicht überschreiten darf. Wenn irgendwo, so zeigt sich hier in der Beschränkung der Meister. Wer zu viel giebt, wirkt nicht aufklärend. sondern verwirrend. Das Gutzmann'sche Buch, das diese Gefahr durchaus vermieden hat, verdiente, in allen Anstalten, die sich mit der Ausbildung von Sprech- und Gesanglehrern befassen, obligatorisch eingeführt zu werden. A. Kuttner.

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

40. Sitzung vom 28. März 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. Gottlieb Kiaer: Doppelseitige Abducensparese bei Tumor laryngis.

Eine 45jährige Frau, die früher ein 2 Jahre lang dauerndes, schliesslich durch Jodkali geheiltes Geschwür in der linken Achselhöhle gehabt, war seit 1901 heiser; später auch Respirationsbeschwerden. December 1901 Tracheotomie wegen Erstickungsgefahr; Stimmbänder roth, geschwollen. Nach 5 Wochen wurde die Canüle entfernt, später aber fortwährende stridulöse Respiration. Die Stimmbänder noch immer roth und geschwollen, gehen bei der Inspiration nur sehr wenig auseinander; unterhalb derselben sieht man einen halbkugeligen Tumor, der bis nahe an die vordere Commissur hinaufreicht, während sein hinterer Theil sich schräg nach unten zieht. In der Medianlinie des Halses eine 2—3 cm lange Narbe, dem Spatium crico-thyreoideum entsprechend. — Die neurologische Untersuchung giebt für die Annahme einer Paralyse centralen Ursprungs keine Anhaltspunkte. Vielleicht könnte man sich den Vorgang folgendermaassen denken: Ein luetisches Leiden der Ringknorpelplatte hat die Fixation der Stimmbänder bedingt, die gummöse Infiltration hat später einen Erstickungsanfall verursacht, ist aber wiederum zurückgegangen; bei der in der Eile vorgenommenen Operation ist anstatt einer Tracheotomie eine Crico-Thyreotomie gemacht und die Vorwölbung unterhalb der Stimmbänder ist aus der hierdurch bedingten Knorpelläsion hervorgegangen, die Krümmung der Intumescenz entspricht ja auch der Form der Canüle.

II. E. Schmiegelow: Ein Fall von retrobulbärer Neuritis optica bei eitrigem Leiden der Cellulae ethmoidales posteriores und des Sinus sphenoidalis.

Ein 11jähriger Knabe erkrankte vor 3 Wochen mit Fieber, Kopfschmerzen und Erbrechen; später Schmerzen im linken Auge und Neuritis optica. Die Schleimhaut des hinteren Endes der linken mittleren Muschel geschwollen, Eiter in der Gegend des Sinus sphenoidalis; letzterer wird nach theilweiser Resection der Muschel geöffnet, nachher beträchtliche Erleichterung, Sehvermögen besser.

III. Wald. Klein: Ein Fall von Septumpolypen.

Ein 11jähriger Knabe mit einem rechtsseitigen, blutenden Septumpolypen,



der mittelst der kalten Schlinge abgetragen wird. Mikroskopie (Gregersen): Myxomatöses Angio-Fibrom.

IV. Wald. Klein: Ein Fall von ungewöhnlich grossen Rhinolithen.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

41. Sitzung vom 2. Mai 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Trachealstenose, auf autoskopischem Wege behandelt.

Ein 6jähriger Knabe war wegen Croup tracheotomirt worden, nach Entfernung der Canüle Stenosenerscheinungen. Unterhalb der Stimmbänder eine Granulationsgeschwulst, die durch den Killian'schen rohrförmigen Spatel in Narkose entfernt wurde. Nachher bildete sich 1 cm unterhalb der Stimmritze eine ringförmige Stenose, sodass wiederum tracheotomirt werden musste. Nach der Operation wurde die Passage durch den Kehlkopf immer mehr verlegt. Bei der Tracheoskopie zeigte sich alsdann ein complettes Diaphragma, das mittelst einer Sonde durchbrochen wurde und später durch Intubation fast völlig beseitigt wurde.

II. E. Schmiegelow: Fremdkörper in der Speiseröhre, durch Oesophagoskopie in Narkose entfernt.

Ein 8jähriges Mädchen hatte ein 5 Oerestück verschluckt, seitdem bedeutende Schlingbeschwerden. Die Röntgenaufnahme zeigte die Münze in der Höhe der ersten Vertebra dorsalis sitzend. Ein Oesophagoskop wurde eingeführt und die Münze mittelst eines Häkchens gegen den unteren Rand des Tubus festgehalten, wonach beides zusammen sehr leicht entfernt wurde.

III. E. Schmiegelow: Fall von retrobulbärer Neuritis optica in Verbindung mit einer Sinusitis sphenoidalis und Ethmoiditis.

Ein 18jähriges Mädchen hatte seit $2^1/_2$ Jahren Kopfschmerzen, namentlich in der linken Schläfe, gleichzeitig wurde die Sehschärfe des rechten Auges beeinträchtigt. Die Sehschärfe war sehr wechselnd, auch links bedeutend herabgesetzt; Gesichtsfeld auch eingeengt. Geringe Eiterung aus beiden Nasenhälften. Nach Resection des hinteren Theils der mittleren Muschel und der Vorderwand der Keilbeinhöhle beiderseits sind die Kopfschmerzen jetzt verschwunden und Sehschärfe sowie Gesichtsfeld bedeutend besser.

IV. Gottlieb Kiaer: Cancer laryngis. — Laryngofissur. — Nach 3 Jahren recidivfrei.

Bei einem 57jährigen kräftigen Manne wurde im Mai 1902 am hinteren Theil des Stimmbandes ein röthlicher höckeriger Tumor aufgefunden, Stimmband unbeweglich. Tumor wurde endolaryngeal grösstentheils entfernt, wonach beträchtliche Besserung. Mikroskopische Diagnose: Cancer. Am 3. November 1902 Recidiv; nach wiederholten endolaryngealen Eingriffen immerfort Recidiv. Radicaloperation

wurde vorläufig verweigert. Erst im Mai 1903 Laryngofissur und Entfernung des ganzen linken Stimmbandes mit seinen Umgebungen sowie des vorderen Drittels des rechten Stimmbandes. 18 Tage nach der Operation wurde Patient entlassen. Jetzt, 3 Jahre nach der Operation, ist das laryngoskopische Bild genau so, wie $^3/_4$ Jahre nach derselben; die Schleimhaut der linken Kehlkopfhälfte abgeplattet, an der Stelle des linken Stimmbandes ein etwas beweglicher Narbenstrang; rechtes Stimmband von natürlichem Aussehen. Stimme ein bischen klanglos.

Schmiegelow gratulirt K. zum schönen Resultat. Wenn der Kehlkopfkrebs rechtzeitig in Behandlung kommt, werden oftmals gute Resultate erzielt. Wenn nach 3 Jahren noch kein Recidiv erschienen ist, dann kann die Operation als gelungen bezeichnet werden.

Ausserdem eine otologische Mittheilung. Jörgen Möller.

---

c) Wiener larngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Kahler.

1. Kahler stellt eine Patientin vor, bei welcher ein Spindelzellensarkom der Trachea mittelst Tracheofissur entfernt worden ist.

2. Glas stellt 1. einen geheilten Fall von intramuraler Epithelcyste des Larynx vor, 2. einen Patienten, dessen Nasenrachenraum von Rhinoskleromtumoren gänzlich ausgefüllt war. Bei diesem Patienten kam es während der Bougirung des Larynx zur Perichondritis externa und interna des Schildknorpels.

Discussion:

Prof. Chiari ist der Meinung, dass die durch Bougirung stärker gedrückten Larynxstellen einen locus minoris resistentiae für eine Infection abgeben.

3. Glas demonstrirt ferner eine syphilitische Oberkiefernekrose mit spontanem Durchbruch in die Kieferhöhle und die Spirochaete pallida aus einer Zahnfleischsklerose.

Sitzung vom 6. December 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Marschik.

E. Glas demonstrirt eine Zahnprothese, die er aus dem subglottischen Raum bei einem 37 jährigen Patienten, woselbst die Platte fest eingekeilt war, mit der Schlundzange entfernte; dabei brach die Platte knapp über den Zähnen ab, und die Zähne wurden verschluckt. Patient geheilt.

Glas zeigt folgende anatomische Präparate:

1. Einen Schädel mit völligem Fehlen der rechten Stirnhöhle bei starker Entwicklung der linken. — Hinweis auf die Wichtigkeit röntgenographischer Aufnahmen.



2. Einen Schädel mit völligem Fehlen des linken Ductus nasofrontalis mit weit nach hinten hinüberreichender rechter Stirnhöhle und stark ausgebildeter linker hinterer bulla frontalis.

Fein spricht über die Bedeutung der unteren Muschel für die Luftdurchgängigkeit der Nase in klinischer Beziehung.

Die untere Muschel nimmt einen bedeutenden Einfluss auf den Weg und das Quantum des Athmungsstromes. Es ist nothwendig, die Bedeutung jedes einzelnen Abschnittes der unteren Muschel je nach den Verhältnissen zu würdigen und erst auch genauer Erwägung der Umstände die Ausdehnung des operativen Eingriffes einzurichten. Die vergrösserten vorderen und hinteren Enden beeinträchtigen das Quantum des Luftstromes und geben ihm auch eine veränderte Richtung. Es decken sich die klinischen Erfahrungen nicht vollständig mit den diesbezüglichen experimentellen Ergebnissen.

Discussion:

Roth ist stets dafür eingetreten, dass beim ruhigen Athmen der Luftstrom durch den unteren Nasengang geht und erklärt das Missverhältniss zwischen klinischer und experimenteller Erfahrung damit, dass man mittelst Blasebalg nicht im Stande ist, den natürlichen Vorgang bei der Nasenathmung nachzumachen.

Réthi weist auf seine diesbezüglichen Experimente hin, wonach der Luftstrom vorzugsweise durch den mittleren Nasengang geht und giebt für die Beobachtungen des Vorredners von seinem Standpunkte aus eine Erklärung.

Grossmann meint, dass die divergirenden Ansichten über den Weg des Luftstromes wohl durch die ausserordentliche Mannigfaltigkeit im Bau der Nase begründet sind.

Réthi betont demgegenüber, dass er bei seinen Versuchen auf die verschiedenen Formen der Nase Rücksicht genommen hat.

Weil stimmt den Ausführungen des Vortragenden bei und führt einige eigene Beobachtungen an.

Demonstration:

Hajek. 1. Extraction eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus auf oesophagoskopischem Wege.

Ein spitzer Knochen war durch Bougierung von Seiten eines Arztes erst eingekeilt worden, derselbe konnte auf endoskopischem Wege leicht entfernt werden.

2. Vorstellung zweier nach der Killian'schen Methode operirter Stirnhöhlenempyeme.

Fall 1: Heilung nach primärer Naht in 14 Tagen, Operationsdauer 2 Stunden in Chloroformnarkose. Eine geringe Depression der Vorderwand wird durch Paraffin ausgeglichen werden.

Fall 2: Ebenfalls Heilung per primam, auch hier wird eine Depression mittelst Paraffin ausgefüllt werden.

Hajek verweist auf einige Modificationen der Operation, die er demnächst ausführlich besprechen wird.

3. Bericht über einen Fall von Siebbeinempyem mit nachfolgender diffuser Meningitis nebst mikroskopischer Demonstration.

Warum in diesem Falle der Process der Siebbeineiterung plötzlich auf die Meningen überging, lässt sich nicht mit Sicherheit erklären.

Chiari-Hanszel.

---

d) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

(Ausführlicher Sitzungsbericht in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

XIV. Versammlung am 28. und 29. October 1905 in Utrecht.

Vorsitzender: H. Zwaardemaker.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren: Zwaardemaker, Vorsitzender, Moll, Kassenwart und Burger,.Schriftführer und Bibliothekar.

I. Discussion über die Hörschärfe für Knochenleitung.

II. F. H. Quix: Der Unterricht in Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde an den Reichsuniversitäten in den Niederlanden.

In den Niederlanden existirt nur eine Lehranstalt für unsere Disciplin, an der städtischen Universität in Amsterdam. An sämmtlichen drei Reichsuniversitäten ist dieselbe nur von Privatdocenten vertreten.

Von obligatorischem Unterricht ist noch gar keine Rede. In vollem Einklang mit der Antrittsvorlesung Burger's führt Quix aus, wie die Kenntniss dieser Fächer für den practischen Arzt unentbehrlich ist und erwähnt die einschlägigen Verhältnisse im Auslande.

In der Discussion theilt Delsaux einiges über die Lage dieser Dinge in Belgien mit und schliesst sich dem Vorredner durchaus an.

Auf Antrag Burger's spricht sich die Versammlung einstimmig dahin aus, dass das allgemeine Interesse den officiellen und obligatorischen Unterricht der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde zwingend erheischt.

III. H. Braat: Ein Fall von vermuthlichem Entzündungsprocess an der Schädelbasis unter dem Bilde der acuten Mastoiditis auftretend.

IV. G. Brat: Ein Fall von Sinusthrombose mit Totalaufmeisselung unter Erhaltung der Gehörknöchelchen.

V. H. Zwaardemaker: A. Ein schallfreies Zimmerchen.

B. Ueber Schalldruck im Corti'schen Organ.

C. Ein bestimmter bei Asthma vorkommender Typus von Athmungsgeschwindigkeit.

ten Have hat mit Z.'s Aerodromometer zahlreiche Personen untersucht. Bei 5 Asthmatikern fand er ausnahmslos einen abweichenden Athmungstypus. Bei nur wenig verlangsamter und vertiefter Einathmung geschieht die Ausathmung, auch in der anfallsfreien Zeit, in der Weise, dass die Stromgeschwindigkeit rasch ein gewisses Maximum erreicht, um sogleich wieder zu sinken und bei der weiteren Ausathmung auf geringer Höhe zu verbleiben.

VI. H. A. Boon: Demonstration eines an Nasentumor operirten Patienten.

Wiederholte endonasale Abtragungen von Tumorfragmenten, mit schnellem Nachwachsen der Geschwulst. Operation mit Vorklappung der betreffenden Nasenhälfte durch Prof. Narath. Vorläufig kein Recidiv. Wiewohl der klinische Charakter der Geschwulst ein bösartiger war (schnelles Wachsthum, Drüsenschwellung, Abschwächung), wies die mikroskopische Untersuchung der verschiedenen exstirpirten Tumortheile keine Zeichen von Malignität auf. Aehnliches hat B. noch in zwei weiteren Fällen von Nasentumor erlebt.

In der Discussion bemerkt Delsaux, dass es principiell richtiger sei, dass auch die äusseren Operationen an der Nase vom Nasenarzt und nicht vom Chirurgen gemacht werden.

Boon erwidert, dass hier das Interesse der Patienten entscheiden soll. Er selbst verfügte weder über die chirurgische Ausbildung noch über die ausgezeichnete Assistenz des chirurgischen Professors.

VII. H. J. L. Struycken: Das Wahrnehmen und Photographiren von Sprachlauten.

S. hat einen Apparat construirt, der es ermöglicht durch die Luft fortgepflanzte Schwingungen bei 600maliger Vergrösserung wahrzunehmen. Man kann sogar Wellen wahrnehmen, welche von Tönen mit 20000 Schwingungen pro Sec. ausgelöst sind. Diese Curven können bei einer Beleuchtungszeit von $^1/_{30000}$ Sec. und 200maliger Vergrösserung photographisch fixirt werden.

In der Discussion erheben Zwaardemaker und Quix Bedenken gegen die Demonstration eines von einem Tuch umhüllten Apparats. Das Verdienst der demonstrirten Methode sei nach Zwaardemaker die Wiedergabe sehr schwacher Laute mittelst Photographie.

VIII. F. G. Quix: Projection von Ohrpräparaten.

IX. N. Delsaux: Die rationelle Behandlung der multiplen Nasennebenhöhleneiterungen, mit Demonstration eines geheilten Patienten.

Mittheilung von 5 Krankengeschichten, in welchen auf dem von Moure für die Operation von Siebbeingeschwülsten angegebenen transnasomaxillaren Wege operirt wurde.

X. H. de Stella. A. Postdiphtheritische Lähmungen und Serumtherapie.

Von französischer Seite ist die Serumtherapie auch gegen die postdiphtheritischen Lähmungen empfohlen worden. Mittelst zahlreicher Experimente an Kaninchen hat de Stella nachgewiesen, dass gegen diese Lähmungen das Serum wirkungslos ist, wovon er auch auf theoretische Ueberlegungen hin a priori überzeugt war.

B. Zwei Fälle von Osteom des Siebbeins.

Beide Fälle wurden nach Moure mit ausgezeichnetem Erfolg operirt.

XI. P. Th. L. Kan: A. Ein Fremdkörper im rechten Bronchus, entfernt mittelst Bronchoskopie.

Die Bohne steckte im rechten Bronchus.

B. Ein Lipom der Speiseröhre.

Die 66jährige Frau hatte ein subcutanes Lipom am Halse und ein gestieltes, vermuthlich vom oberen Theile der Speiseröhre ausgehendes Lipom im Rachen. Sie konnte letzteres durch Bewegungen von Zunge und Rachen in den Mund befördern. Wenn sie es wieder herunterschluckte, war von demselben laryngoskopisch keine Spur mehr sichtbar. Der Stiel wurde mit der Zange gefasst und einfach abgedreht.

C. Drei Fälle von Fremdkörper der Kieferhöhle.

Ein Stück Stroh, vier Jahre vorher durch eine Alveolarfistel vom Pat. hineingesteckt.

Zwei Revolverkugeln, von welchen die eine bei einem Mordattentat die Nasenscheidewand und die rechte laterale Nasenwand perforirte und im rechten Antrum, halbwegs im Siebbein stecken blieb; während die andere bei einem Selbstmordversuch den längeren Weg durch die linke Schläfe, das Gehirn, die linke Orbita, das Siebbein links, die Nasenscheidewand, die rechte untere Muschel und die rechte laterale Nasenwand genommen hatte und am Boden der rechten Kieferhöhle 7 Wochen lang liegen geblieben war, ohne Eiterung zu erwecken.

XII. J. C. Henkes: Ein neues Instrument zur Tonsillotomie mittelst kalter Schlinge.

Die Handhabung des von W. Walb, Heidelberg, angefertigten Instrumentes ist leicht; die operirende Hand befindet sich unterhalb des Mundes des Kranken.

XIII. H. F. Minkema. Intensitätsmessung der Sprechstimme.

M. hat mit einem Pitot'schen Röhrchen die beim Flüstern entstehenden Luftströmungen bestimmt. Das Röhrchen war mit einem Aerodromographen verbunden. Nur die u, o, au, p, b, f konnten registrirt werden.

M. hat auch Versuche gemacht, mittelst des Phonographen die Intensität der Stimme zu berechnen.

XIV. H. J. L. Struycken: A. Verbesserte Schneidezange für Stimmbandwucherungen.

Die von Pfau-Berlin angefertigte Zange hat diese Vortheile: a) Das Maul verschiebt sich beim Schliessen nicht; b) der obere Kiefer ist gefenstert und bequem schräg gestellt; c) der untere Kiefer steht beim Einführen der Zange vertical nach unten und passirt leicht durch die Glottis; d) die Zange schneidet ganz durch.

B. Tonsillenstein.

Im weichen Gaumen, oberhalb der linken Tonsille sass eine harte Geschwulst. Nach Spaltung wurde aus derselben ein 1,5 bis 2,5 cm grosses Kalk-Concrement entfernt.

C. Radiogramm einer Trachealstenose.

Inspiratorische Dyspnoe bei einem 2jährigen Kinde. Tracheotomia inferior ergab erst Erleichterung nach der Einführung einer verlängerten Trachealcanüle. Darauf Besserung des Allgemeinzustandes; Dämpfung über dem Manubrium stern. blieb stationär. Auf der Röntgen-Photographie ist ein deutlicher Schatten über dem Manubrium sichtbar.

XV. W. Posthumus Meyjes: A. Drei seltene Halsgeschwülste.

a) Carcinoma pharyngis bei einer 64jährigen Frau mit auffällig wenig gestörter Euphorie. Nach der Probeexstirpation mittelst Glühschlinge schnelle Wachsthumszunahme. Pharyngectomia dextra.

b) Lipoma laryngis, 28 g schwer, digital entfernt bei einem 8jährigen Knaben, dessen Rachen von der Geschwulst grösstentheils ausgefüllt gewesen.

c) Lipoma pharyngis von Taubeneigrösse, bei einem Kinde von 16 Monaten mit der Schlinge abgetragen.

B. Secundärer Herpes Zoster bei Ohrenleiden.

XVI. A. Sikkel: Ein Fall von Trigeminus-Neuralgie bei Mittelohrleiden.

H. Burger.

IV. Briefkasten.

Begründung einer besonderen Königlichen Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Königsberg.

Seit Beginn dieses Semesters ist in Königsberg eine besondere Königliche Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten errichtet und Prof. P. Gerber mit der Leitung derselben beauftragt worden. Derselbe beabsichtigt, eine Bibliothek für die Poliklinik einzurichten und wird für die Zusendung von Werken, Separatabdrücken etc. aus unserem Gebiete dankbar sein.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, September. 1906. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **P. Heymann** (Berlin). **Manuel Garcia und die Erfindung des Kehlkopfspiegels.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Rede, gehalten an Garcia's 100. Geburtstage in der Festsitzung der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin.

ALBANUS (ZARNIKO).

2) **Kirchner** (Berlin). **Ueber die gegenwärtige Epidemie der Genickstarre und ihre Bekämpfung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23 u. 24. 1905.*

Aus den interessanten Mittheilungen sei erwähnt, dass anlässlich der Epidemie das Nasen- und Rachensekret bei 635 an Genickstarre Erkrankten untersucht (durch von Lingelsheim-Beuthen) und 146 mal = 23 pCt. der Diplococcus intracellularis gefunden wurde. Bei Untersuchung des Nasen- und Rachenschleims von 213 Gesunden fand sich 26 mal = 9 pCt. der Diplococcus — aber sämmtliche dieser 26 Gesunden hatten sich in unmittelbarer Nähe von Genickstarrekranken befunden.

ALBANUS (ZARNIKO).

3) **Grawitz** (Berlin). **Beobachtungen über die diesjährigen Fälle von Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Im Gegensatz zu Westenhoeffer fand der Autor bei 3 Fällen von Meningitis epidemica in Charlottenburg (während der Zeit der Epidemie in Oberschlesien) Rachenorgane und Nebenhöhlen, speciell Rachenmandel vollkommen intact. Zur Klärung der Frage sind also noch weitere Untersuchungen nöthig.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Westenhoeffer** (Berlin). **Pathologische Anatomie und Infectionsweg bei der Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Als Ergebnisse pathologisch-anatomischer Studien bei der Genickstarre-Epidemie im oberschlesischen Industriebezirk stellt der Autor folgende bemerkenswerthe Sätze auf:

„1. Die Eintrittspforte des Krankheitserregers der Cerebrospinalmeningitis ist der hintere Nasenrachenraum, besonders die Rachentonsille.

2. Die Hirnhautentzündung ist anfangs stets eine basilare, und zwar in der Gegend der Hypophysis. Sie entsteht auf lymphogenem Wege.

3. Die Hirnhautentzündung als Zeichen der Erkrankung des Cavum cranii ist analog den Erkrankungen der Schleimhäute der Nebenhöhlen des hinteren Nasenrachenraums.

4. Niemals oder sicher nur ganz ausnahmsweise entsteht die Hirnhautentzündung durch Fortleitung einer Erkrankung der Siebbeinzellen.

5. Die Krankheit ist eine exquisite Kinderkrankheit.

6. Die von der Krankheit befallenen Kinder und Erwachsenen haben deutliche Zeichen einer sogenannten lymphatischen Constitution.

7. Die Krankheit ist eine Inhalationskrankheit.

8. Ihre Bekämpfung ist ganz wesentlich eine wohnungshygienische Frage.

9. Der Meningococcus Weichselbaum-Jaeger wird zwar in der Mehrzahl der Fälle gefunden, doch ist ein absolut einwandsfreier Beweis, dass er der alleinige Erreger der epidemischen Cerebrospinalmeningitis ist, noch nicht erbracht".

ALBANUS (ZARNIKO).

5) **von Hansemann** (Berlin). **Discussion zu den Vorträgen über Genickstarre von Kirchner, Westenhoeffer und Grawitz.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 24 Vereinsbeilage. 1905.*

Bei der Section eines Falles von Genickstarre achtete der Autor besonders auf Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und des Rachens, konnte aber ausser einem aus Bakterien (ohne den Diplococcus intracellularis, der im Gehirn vorhanden war) und Epidermisschuppen bestehenden Mandelpfropf keine specifische Erkrankung der genannten Gegend finden. ALBANUS (ZARNIKO).

6) **Heubner** (Berlin). **Demonstration eines Falles von epidomischer Cerebrospinalmeningitis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 33. 1905.*

In der Discussion wird auf Anfrage vom Vortragenden erwähnt, dass deutliche Schwellungen der Rachenmandel bei dem vorgestellten Kinde beobachtet wurden; ebenso berichtet Scheibe, dass er bei einer Epidemie in Strassburg im 14. Pionierbataillon ebenfalls Erkrankung der Rachenmandeln gesehen habe, wie sie Westenhoeffer bei der schlesischen Epidemie gefunden habe.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **J. L. Harkness. Hals- und Nasenkrankheiten vom Standpunkt der Constitution aus. (Nose and throat diseases from a constitutional standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 31. März 1906.*

Verf. macht auf die Beziehungen zwischen Erkrankungen der oberen Luftwege und allgemeinen Constitutionskrankheiten aufmerksam, z. B. Pharyngitis und Laryngitis einer-, Gicht- und Rheumatismus andererseits; ferner adenoide Vegetationen und Magenstörungen, Nasenerkrankungen und Genitalaffectionen etc.

LEFFERTS.

8) **Discussion über Erkrankungen der oberen Luftwege. (Symposium on diseases of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 10. März 1906.*

Freudenthal spricht über neuere Fortschritte bei den Erkrankungen der oberen Luftwege.

Raynor behandelt die Hypertrophie der Rachentonsille.

Er hat bei ganz kleinen Kindern bisweilen Erfolge durch Einträuflung aus Menthol und Eucalyptol enhaltenden Oels in beide Nasenlöcher bei Rückenlage erzielt. Das Instrument, das er zur Operation gebraucht, ist ein modificirtes Gottstein'sches Messer, ferner eine besonders gebogene Curette für die Hinterwand.

Hubert Arrowsmith bespricht die Nebenhöhlenerkrankungen und ihre Behandlung.

Strani hat sich die Indicationen der Behandlung bei acuten Nebenhöhlenerkrankungen zum Thema gewählt. LEFFERTS.

9) **Isidor Kornfeld** (Alexandrien). **Zur Kenntniss der Verbreitung des Skleromes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1905.*

Bericht über einen klinisch und mikroskopisch sicher gestellten Fall von Sklerom bei einer 21jährigen Araberin in Alexandrien. HECHT.

10) **L. Rabourdin. Beitrag zum Studium des primären Lupus der oberen Luftwege. (Contribution à l'étude du lupus primitif des voies aériennes supérieures.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Die Arbeit handelt von dem Lupus der Nase des Rachens und Kehlkopfs; es werden die verschiedenen Modalitäten im Verlauf der Erkrankung je nach ihrem Sitz geschildert. Verf. betont besonders, dass ein Schleimhautlupus ohne Betheiligung der Haut nicht selten ist; besonders gilt dies vom Lupus der Nase. Eine hervorragende Bedeutung für die Entwicklung des Lupus hat die Syphilis; in Folge des Nebeneinanderbestehens beider Krankkeiten kann die Diagnose grosse Schwierigkeiten bereiten, da ihre Symptome sich in manchen Fällen ungemein ähneln. A. CARTAZ.

11) **v. Neumann** (Wien). **Ueber die Localisation des Lichen planus auf der Schleimhaut.** *Wiener med. Wochenschr. No. 17. 1906.*

Am häufigsten kommt Lichen planus der Mundschleimhaut an der Zunge, den Wangen, dem Gaumen, den Lippen, dem Zahnfleisch, ausnahmsweise auch im Rachen und Kehlkopf vor — auch primär. Es bestehen meist geringe oder keine subjectiven Beschwerden, der Verlauf ist ein chronischer. Die Diagnose ist mitunter schwierig wegen der grossen Aehnlichkeit mit syphilitischer Leukoplakie.

CHIARI-HANSZEL.

12) **James P. Marsh. Ein Fall von Mycosis fungoides mit symptomatischer Heilung durch X-Strahlen. (A case of mycosis fungoides symptomatically cured by means of x-rays.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905.*

Die Affection betraf bei dem 60jährigen Patienten den Nacken, die Nase und Oberlippe; eine Heilung trat ein nach 16 Sitzungen von je 10 Minuten Länge.

EMIL MAYER.

13) **John A. Fordyce. Ein Fall von tropischer Ulceration der Nase, des Rachens und Kehlkopfs mit histologischem Befund. (A case of tropical ulceration involving the nose, pharynx and larynx with histological findings.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1906.*

Die Affection bestand in einer seit 6 Jahren datirenden chronischen Ulceration, deren Sitz die Oberlippe, Nasenlöcher, Thränencanal, Nasenrachen und Larynx war; Patient war ein aus Panama gebürtiger Neger. Man hielt die Erkrankung zuerst für syphilitischer Natur; sie wurde durch grosse Gaben Jodkali und Hg. nicht beeinflusst. Tuberculininjectionen hatten keine Reaction zur Folge; auch konnten in den Sekreten keine Tuberkelbacillen gefunden werden. Nach Impfung einer Taube entwickelte sich eine Folliculitis mit secundärer Ulceration. Histologisch erwies sich die Affection als ein der Tuberculose ähnliches Granulom.

LEFFERTS.

14) **A. G. Hobbs. Einiges über Gebrauch und Missbrauch der Galvanokaustik. (Some of the use and abuse of the galvano-cautery.)** *Atlanta Journal Record of Medicine. Februar 1906.*

Die Arbeit enthält eine Summe von Ungeheuerlichkeiten. Bei der Besprechung der Nasenverstopfung sagt Verf., es sei jetzt mit Hülfe des Adrenalins leichter, die obere Muschel zu erreichen. Für die Nase will er den weissglühenden, für die Ulcerationen der Stimmbänder den rothglühenden Cauter gebraucht wissen. Er heilt „katarrhalische Neuralgieen" durch tiefe Galvanopunctur. Die Diagnose der Nasenhöhlenerkrankungen stellt er einfach nach dem Sitz des Schmerzes u. s. w. Die beigegebene Bibliographie enthält nicht nur die Namen, sondern auch die Adresse der Autoren.

EMIL MAYER.

15) **Thomas J. Harris. Ein Fall, der die Folgen kritikloser Anwendung der Galvanokaustik veranschaulicht. (Case illustrative of the after effects of the free use of the galvano-cautery.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Patient, um den es sich handelt, kam in die Klinik des Verf. mit einer intranasalen Deformation, wie dieser, seiner Angabe nach, noch niemals eine ähnliche gesehen hat. Die Deformation rührt davon her, dass Patient wegen einer Nasenverstopfung von einem Arzt mit Galvanokaustik behandelt worden war. Das Septum fehlte ganz, es bestand Trockenheit und Borkenbildung in der Nase. Ferner war ein septischer Zustand und eine acute Warzenfortsatzeiterung auf der betreffenden Seite eingetreten, die eine Operation erforderlich machte.

EMIL MAYER.

16) **Ducellier. Licht und Galvanokaustik. Installationen bei Anschluss an die städtische Leitung. (Lumière et galvano-caustic; installations sur canalisations électriques urbaines.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Verf. giebt sehr nützliche Rathschläge über elektrische Einrichtungen zu ärztlichen Zwecken mit besonderer Berücksichtigung der Combination von Licht und Causstik.

E. J. MOURE.

17) **Helbing** (Nürnberg). **Instrumententisch mit elektrischen Anschlussapparat für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1906.*

Der in der Arbeit abgebildete Instrumententisch ist von Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen zu beziehen.

HECHT.

18) **R. Freund** (Hansasanatorium, Danzig). **Eine für Röntgenstrahlen undurchlässige, biegsame Sonde.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1906.*

Die Röntgenfabrik C. H. F. Müller in Hamburg, die einen für X-Strahlen undurchlässigen, gummiartigen Stoff für Schürzen, Handschuhe u. A. darstellte, veranlasste Autor zur Anfertigung einer leichten und biegsamen Oesophagussonde aus diesem Stoffe. Diese Sonde hat sich nach jeder Richtung hin bewährt und wird vom Patienten einige Minuten gut ertragen. Analoge Sonden können auch für das Rectum entsprechende Verwendung finden.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **W. Anton** (Prag). **Congenitaler Verschluss der linken Choane.** *Prager med. Wochenschr. No. 45. 1905.*

53 jährige Frau. Die linke Choane von einer sehnig weissen Platte verschlossen, die Gefässramification und eine mittlere Delle zeigt. Die linke untere Muschel stark hypertrophisch. Hoher spitzer Gaumen, Alveolarrand zeigt keine Einknickung.

CHIARI.

20) **A. Baurowicz** (Krakau). **Angeborener doppelseitiger Verschluss der vorderen Nasenöffnungen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. Heft 1. S. 161.*

Eine seltene Bildungsanomalie, von der Baurowicz in der Literatur nur 9 Fälle findet. Sein eigener Fall betrifft ein Kind von 3 Monaten; der häutige Verschluss, der eine minimale (nur links mit der Sonde constatirbare) Oeffnung zeigte, wurde mit dem Elektrokauter operirt und durch Einlagen Asch'scher Nasenröhrchen offen erhalten.

F. KLEMPERER.

21) **H. S. Birkett. Zwei Fälle von knöchernem Verschluss der rechten Choane. (Two cases of bony occlusion of the right posterior nares.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juli 1905 und Montreal Medical Journal. Juni 1905.*

Es handelt sich um weibliche Patienten im Alter von 8 und 23 Jahren. Die Krankengeschichte ist bei beiden die gleiche. Bei der zweiten Patientin fand Verf. die rechte Nase völlig ausgefüllt mit zähem schleimigen Secret, das erst durch mehrfaches Ausspülen und Auswischen zu entfernen war. Die Rhinoskopia anterior zeigte die Nasenhöhle sehr weit in Folge mangelhafter Entwicklung der mittleren und unteren Muschel. Die Sondenuntersuchung ergab, dass die rechte Choane durch eine knöcherne Wand verschlossen war. Geruchs- und Hörempfindung waren auf der betreffenden Seite herabgesetzt. Unter Aether wurde der

knöcherne Verschluss mit einem elektrischen Drillbohrer durchbohrt; die Oeffnung wurde durch einen Jodoformgazestreifen offen gehalten. Heilung.

LEFFERTS.

22) **W. G. Porter. Bemerkungen über einen Fall von congenitalem Choanalverschluss. (Notes on a case of congenital atresia of the choana.)** *Edinburgh Medical Journal. Februar 1906.*

Verf. berichtet im Detail über einen in der Poliklinik von Scheier (Berlin) beobachteten Fall. Das Hauptinteresse besteht in der gleichzeitig vorhandenen Asymmetrie des Gesichts. Die der congenitalen Atresie entsprechende Gesichtsseite war die kleinere.

A. LOGAN TURNER.

23) **W. C. Posey. Augensymptome bei Nebenhöhlenaffectionen. (Ocular symptoms of accessory sinus affections.)** *N. Y. Medical News. 28. October 1905.*

In manchen Fällen von Nebenhöhlenaffectionen bestehen die frühesten Symptome in Störungen von Seiten der Augen, Refractionsanomalien und Schmerzen. Weniger häufig ist ein Ergriffensein des Sehnerven. Oft findet man eine Veränderung der Contour der Orbitalhöhle. Die Sinusitis ist selten die Ursache einer Erkrankung des Thränenapparates; häufiger kommt diese indirect auf dem Wege durch die Nasenschleimhaut zu Stande. Oedem der Augenlider ist ein sehr häufiges Zeichen von Nebenhöhlenerkrankung und kann zuerst den Verdacht auf eine solche erregen; es ist ein nicht entzündliches Oedem, zeigt sich gewöhnlich besonders ausgesprochen am oberen Lid und hauptsächlich des Morgens, um im Laufe des Tages zu verschwinden. Auch hartnäckige Blepharitis und Conjunctivitis findet sich und verschwindet erst nach Beseitigung des Nebenhöhlenleidens. Parese der extraocularen Muskeln, die man bisweilen als rheumatisch ansieht, hat nach P. ihren Grund öfter in Nebenhöhlenerkrankungen. Cornealgeschwüre können als Folge eines durch Sinusempyem bedingten Exophthalmus oder in Folge Ergriffenseins des 5. Hirnnerven auftreten. Intraoculäre Erkrankungen sind seltene Begleiterscheinungen der Sinuserkrankungen; dagegen kommen Refractionsstörungen und Asthenopie als Folge des Druckes in der Orbita und entzündliche Vorgänge an den Muskeln vor.

LEFFERTS.

24) **Chauveau. Syphilitische Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhle. (Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires.)** *Archives internat. de Laryngologie. März-April. No. II. 1905.*

Verf. bespricht eine Anzahl von Beobachtungen über Nebenhöhlen-Erkrankungen, bei denen eine Hg-Behandlung von ausgesprochenem Erfolg begleitet war. Er führt als Unterscheidungsmerkmal dieser specifischen Empyeme von den gewöhnlichen chronischen an, dass bei ersteren eine auffallend geringe Eitermenge vorhanden ist. Die Erkrankung kann ihren Ursprung von der knöchernen Wand nehmen.

E. J. MOURE.

25) **Jambon. Ueber syphilitische Sinusitis. (Des sinusites syphilitiques.)** *Thèse de Bordeaux. 1905.*

Verf. berichtet über vier Fälle. Die syphilitische Sinusitis unterscheidet sich

von der gewöhnlichen chronischen durch mehrere Characteristica, u. a. durch mehr oder minder starke spontane Schmerzen, nächtliche Exacerbationen, Schmerzempfindung bei Druck auf den erkrankten Sinus, bisweilen äusserliche Entstellung, grössere Blutung bei der Punction oder Operation, den Erfolg der specifischen Behandlung etc.

E. J. MOURE.

26) **James E. Logan. Syphilis der Nase und Nebenhöhlen. (Syphilis of the nose and accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Verf. bespricht die Diagnose und Symptomatologie und verweilt besonders ausführlich bei der Behandlung mittelst Jodpräparate.

EMIL MAYER.

27) **Joseph H. Abraham. Syphilitisches Empyem der Nasennebenhöhlen nebst Bericht über vier Fälle. (Syphilitic empyema of the accessory sinuses of the nose with a report of four cases.)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1906.*

In den vier Fällen entstand die Eiterung zweifellos durch eine gummöse Periostitis und Ostitis und Secundärinfection durch pathogene Bakterien. Ein specifischer Mikroorganismus liess sich bei der bakteriologischen Untersuchung in keinem Falle feststellen. Die Behandlung bestand in Jodkali innerlich und in täglichen Ausspülungen der Höhle. Nach 2 Monaten waren alle Spuren der gummösen Infiltration verschwunden, doch bestand noch eitrige Absonderung mit Foetor; um dies zu beseitigen, wurde die Höhle eröffnet, drainirt und die nekrotischen Siebbeinknochen entfernt.

LEFFERTS.

28) **Grünwald** (Reichenhall). **Verfahren zur Freilegung sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase und des Naseninneren.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 3. 1906.*

Schilderung der bei Operation einer schweren Nasentuberculose bewährt gefundenen Methode.

SEIFERT.

29) **Cheval. Behandlung der Nasennebenhöhleninfectionen. (Traitement des lésions infectieuses des cavités accessoires du nez.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 11. 1905.*

Sich anlehnend an Chipault's operative Chirurgie und der Onodi'schen Abbildungen zur Illustration sich bedienend, giebt der Autor einen klaren Ueberblick über den heutigen Standpunkt der Behandlung: 1. der einfachen Sinusiten (der Sin. frontalis, maxillaris, sphenoidalis und der Siebbeinzellen); der Polysinusitiden, die Verfahren von Jansen, Rougé, Bardenheuer, Killian, Piqué, Toubert und Jacques erwähnend; 3. der Pansinusitiden; nach Aufzählung der einzelnen von den verschiedenen Autoren ausgeübten Verfahren macht er eine genaue Beschreibung der Moure'schen Operation mit geringer Modification nach Delsaux und Broeckaert, welche im Grunde in der Panas-schen Incision vereint mit der Moure'schen Technik besteht, und welche er verschiedene Male vorgenommen hat. Er resumirt sich dahin, dass die katarrhalischen Sinusitiden und die Retention sinusaler seröser Ergüsse nur dann eine Intervention erheischen, wenn schwere Retentionserscheinungen auftreten. Wenn die Secretion dann flüssig ist, kann man in erster Linie die Resection der mittleren Muschel, der Bulla ethmoid., oder der vorderen unteren Sphenoidalwand versuchen. —

Wenn Fungositäten und recidivirende polypöse Massen das gesammte Nebenhöhlensystem ausfüllen, dann dränge sich die Moure'sche Operation auf und man habe in der That nur selten eine ausgedehnte Intervention zu bereuen.

BAYER.

30) **Delsaux** (Brüssel). **Die rationelle Behandlung multipler Eiterungen der Nasennebenhöhlen. Vorstellung eines geheilten Patienten. (La cure rationelle des suppurations multiples des cavités annexes des fosses nasales.)** *La Presse oto-laringologique Belge. No. 12. 1905.*

Operation und Heilung einer 32jährigen Patientin mit chronischer Eiterung der rechten Sin. frontal. und maxill. mit Theilnahme des gleichseitigen Sin. ethmoid. Die Operation war folgende: Incision der Haut von der Mitte der Augenbrauen an längs des Orbitalrandes, dann den inneren Augenwinkel umschreibend längs der Seitenfläche der Nase bis in die Nasenwangenfurche hinein; nachdem die Weichtheile zurückgeschoben, drang der Operateur durch die untere Wand in den Sin. frontal. ein, denselben ausforschend und curettirend. In einer zweiten Zeit nahm er die Resection des Nasenbeines und des aufsteigenden Astes des Oberkiefers vor, drang darauf am oberen inneren Winkel in das Antrum Highmori vor, curettirte dasselbe, brach die vordere und innere Wand desselben ein; ebenso wurde ein grosser Theil des Siebbeins entfernt. Die Fronto-Naso-Maxillarlücke wurde tamponirt, die Nase in ihre Lage zurückgebracht und die Wunde mit Metallagraffen genäht. Vereinigung per primam. Der Verband wurde vom 2. Tage ab entfernt; vollständige und definitive Heilung. Der Autor lässt dieser Mittheilung die Beobachtungen von 4 anderen auf die gleiche Weise operirten Fällen folgen und knüpft daran folgende Reflexionen: um rationell zu sein, muss die Intervention die Exploration und Curettage aller kranken Nebenhöhlen gestatten, man muss ausserdem noch methodisch die ganze Schleimhaut der Nase und deren Nebenhöhlen, die Muscheln mit einbegriffen, entfernen; andererseits muss man, wenn man auch den Eingriff für schwer erachtet, bedenken, dass die multiplen Gesichtseiterungen die damit behafteten Kranken in einen Zustand socialer Inferiorität versetzen und dieselben den gefürchtetsten endocraniellen Complicationen, die wir kennen, aussetzen. Delsaux hält den Moure'schen transnasomaxillären Weg zur Entfernung von Siebbeintumoren für das ausgewählte Verfahren zur Heilung von Gesichtssinusitiden, jedenfalls für den rationellen, wenn nicht zu sagen radicalen Vorgang.

Die Zukunft wird ihr definitives Urtheil über das von dem Autor angepriesene Operationsverfahren aussprechen.

BAYER.

31) **William W. Carter. Ein Fall von schwerster Sepsis infolge multipler Sinusitis nebst Beschreibung der Operation. (A case of extreme sepsis from multiple sinusitis with description of operation.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Mai 1905.*

Verf. knüpft an seinen Fall Erörterungen über Differentialdiagnose bei der Möglichkeit, dass der Symptomencomplex die Folge einer Sepsis, einer Nephritis oder multiplen Arthritis sein kann.

LEFFERTS.

32) **Kozaczek. Beitrag zur Behandlung der chronischen Eiterung des Antrum Highmori. (W sprawie leczenia zopnych zapalen zatoki Highmora w zokresie dentystycznym.)** *Przeglad Lekarski. No. 6. 1906.*

Verf. beschreibt einen neuen Obturator, mittelst welchem einige Fälle des bezüglichen Leidens von ihm behandelt wurden und günstig verliefen.

A. v. SOKOLOWSKI.

33) **Nielsen Edo** (Dänemark). **Ein Fall von chronischem Empyema sinus maxillaris ohne nasale Symptome. (Et Tilfälde af kronisk Empyema Sinus maxillaris uden nasale Symptomer.)** *Ugeskrift for Läger. p. 515. 1906.*

Es handelte sich um einen Fall von Zahncyste, die sich in der Oberkieferhöhle bei einer 46jährigen Dame entwickelt und Erweiterung der Oberkieferhöhle hervorgebracht hatte. Bei der Incision wurde hauptsächlich seröse Flüssigkeit entleert.

(Von Empyem war in der Wirklichkeit gar keine Rede. Ref.)

E. SCHMIEGELOW.

34) **A. Capart. Zahnimplantation des Sinus maxillaris. (Implantatien dentaire dans le sinus maxill.)** *La Presse Med. Belge. No. 26. 1905.*

In der Sitzung vom 9. September 1905 der klinischen Gesellschaft Brüsseler Hospitäler stellt C. eine 48jährige Frau vor, welche in der Gegend der Fossa canina eine Hervorwölbung hatte, die das Gefühl einer Cyste gab und seit $1^1/_2$ Jahren lebhafte Schmerzen in der linken Gesichtsseite verursacht hatte. Die Trepanation des Antrums ergab eine grosse Quantität Eiters (? Ref.) und liess auf der inneren Sinusseite im Niveau des mittleren Nasenganges deutlich einen normal entwickelten Zahn erkennen, der nächstens entfernt werden soll. (!) Zu bemerken sei, dass kein Eiterausfluss aus der Nase stattgefunden hat. (Natürlich! Ref.)

BAYER.

35) **Otto J. Freer. Die operative Behandlung des Highmorshöhlenempyems. (The operative treatment of empyema of antrum of Highmore.)** *Chicago Medical Recorder. Juli 1905.*

Verf. bevorzugt die intranasale Operation. Es wird zuerst die untere Muschel entfernt, dann die nasale Kieferhöhlenwand mit Electrotrephine durchbohrt. Tamponade mit Bismuth. subnitr.-Gaze.

EMIL MAYER.

36) **Herman Stolte. Stellt die Denker'sche Radicaloperation der Highmorshöhle einen Fortschritt in der Nebenhöhlenchirurgie dar? (Does Denkers radical operation on the antrum of Highmore represent progress in surgery of the sinuses?)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Verf. betrachtet die Denker'sche Operation als äusserstes Mittel in schweren Fällen. Er hat sie 3mal gemacht, war über ihre Einfachheit erstaunt, hat auch niemals irgendwelche Deformität danach gesehen, die Resultate waren höchst befriedigend, die Nachbehandlung schmerzlos und Recidive auch in den schwersten Fällen ausgeschlossen. Verf. giebt dann eine ausführliche Darstellung der Denker-schen Operationsmethode.

EMIL MAYER.

37) **Geo L. Richards. Die Behandlung der Oberkieferempyeme durch die Nase. (The treatment of empyemata of the maxillary sinus trough the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 23. September 1905. Journal of the American Association. 16. September 1905.*

Verf. sucht erst festzustellen, ob es sich um ein Empyem nasalen oder dentalen Ursprungs handelt. Im letzteren Fall wird zunächst die Zahnerkrankung beseitigt und dann eine entsprechende Behandlung eingeleitet. Im Falle eines Empyems nasalen Ursprungs wird erst eine Heilung durch Ausspülungen von der natürlichen Oeffnung her versucht. Führt dies nicht zum Ziel, so wird ein besserer Abfluss dadurch geschaffen, dass eine Oeffnung unterhalb oder oberhalb der unteren Muschel angelegt wird. Eine Entfernung der unteren Muschel macht Verf. nur, wenn diese stark vergrössert ist. Die Oeffnung vom unteren Nasengang aus kann so gross gemacht werden, dass die Höhle curettirt und mit Gaze tamponirt werden kann. Tritt nach der Behandlung von der Nase aus keine Besserung ein oder ist polypoide Degeneration vorhanden, so muss man zur Radicaloperation von der Fossa canina aus schreiten. Die meisten Patienten können jedoch von der Nase aus geheilt werden.

LEFFERTS.

38) **H. Köllreutter** (Rostock). **Die Erfolge der Desault'schen Operation des Kieferhöhlenempyems.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Autor berichtet über 66 nach dieser Methode in der Körner'schen Klinik operirte Kieferhöhlenempyeme, von denen 61 ein einwandsfreies, dauerndes Heilungsresultat ergaben. Er bezeichnet die Desault'sche Methode „als die einfachste und zugleich beste", die „eine vollkommene Uebersicht über das Operationsfeld, einen einfachen, bequemen und allein die Heilung garantirenden Modus der Nachbehandlung und die absolute Restitutio ad integrum in den Beziehungen der Kieferhöhle zu Nase und Mund" ermögliche, und verwirft die anderen, neueren Methoden, die anormale Verhältnisse in den Beziehungen zu der Nase schaffen und eine rationelle Nachbehandlung unmöglich machen.

HECHT.

39) **Harris P. Mosher. Die angewandte Anatomie der Stirnhöhle. (The applied anatomy of tho frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 7. September 1905.*

Die sehr interessante und gründliche Arbeit verdient durchaus im Original gelesen zu werden. Hervorgehoben sei Folgendes: Ein Studium der Anatomie des Ductus naso-frontalis zeigt, dass es nur ein Zufall ist, wenn die Stirnhöhle katheterisirt werden kann; die Richtung des Canals verläuft sehr schräg von oben nach unten und von vorn nach hinten. Die Mündung des Ductus ist durchschnittlich 50 mm von Meatus entfernt. Um den Sinus katheterisiren zu können, ist es stets erforderlich, das vordere Ende der mittleren Muschel zu entfernen. Natürlich müssen eventuell bestehende Polypen zuvor beseitigt werden. Das Vorgehen beim Katheterisiren ist folgendes: Die Sonde wird ungefähr in einem Winkel von 90° gebogen und zwischen dem vorderen Ende der mittleren Muschel und der Bulla ethmoidalis eingeführt. Sie wird dann vorgeschoben und nach aussen rotirt, bis sie in die Rinne des Processus unciformis gelangt. Der Griff wird dann gesenkt

und wenn, wie es unter vier Fällen immer einmal vorkommt, der Ductus nasofrontalis sich in die Rinne des Processus unciformis fortsetzt, so gleitet die Sonde in den Sinus, der Griff fällt nach hinten und liegt dicht gegen die Schneidezähne. Anderenfalls geräth die Sonde in die vorderen Siebbeinzellen. In der Mehrzahl der Fälle durchbricht man mit der Sonde die Basis der Siebbeinzellen und gelangt so in die Stirnhöhle.

EMIL MAYER.

40) **Frederick C. Cobb. Stirnhöhlenempyem. (Empyema of the frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. August 1905.*

Verf. bespricht die Diagnose, Symptomatologie und die einzelnen Operationsverfahren, deren Vortheile und Nachtheile er folgendermaassen zusammenfasst: Die Ogston-Luc'sche Methode hat den Vorzug der geringen Deformität, dagegen treten häufig Recidive ein; dasselbe gilt von dem Jansen'schen Verfahren. Bei den Operationsmethoden nach Kuhnt, Ridell und Coakley liegen die Verhältnisse gerade umgekehrt: der Sinus wird zerstört und damit ist ein Recidiv ausgeschlossen, jedoch ist eine mehr minder grosse Gesichtsdeformität die Folge, am wenigsten bei dem Coakley'schen Verfahren. Die Killian'sche Operation scheint neben anderen Vorzügen auch den zu haben, dass die Siebbeinzellen genügend berücksichtigt werden; jedoch ist es bisher wegen der äusseren Entstellung und der Gefahr für das Auge schwer zu beurtheilen, welchen practischen Werth sie hat.

EMIL MAYER.

41) **Scholle. Ueber Stirnhöhlenempyeme bei Kindern in Verbindung mit Infectionskrankheiten. (Ob empiemach lobnich pasuch w detai w swjasis infectiommini lobsnjami.)** *Med. obosr. Bd. 64. No. 15. 1905.*

S. führt zwei eigene Beobachtungen an. Der erste Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der Morbilli und Mastoiditis hatte. Der letzen Complication wegen wurde er operirt. Trotzdem starb er an Meningitis. Bei der Section fand man die rechte Stirnhöhle voll Eiter. Schwellung und Schmerz über dem rechten Auge hatte man falsch gedeutet.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein 9jähriges Mädchen, bei welchem auch die Diagnose auf dem Sectionstische gestellt wurde: Meningitis nach Scharlach infolge von rechtem Stirnhöhlenempyem.

P. HELLAT.

42) **G. Puccioni. Mucocele der Stirnhöhle; klinischer und anatomisch-pathologischer Beitrag. (Mucocele del seno frontale; contributo clinico ed anatomopatologico.)** *Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma. 1904.*

Verf. berichtet über einen interessanten, eine Frau betreffenden Fall, in dem Syphilis und Trauma ausgeschlossen war; das hauptsächlichste Symptom bestand in sehr hartnäckigen Neuralgien im Gebiet des ersten Trigeminusastes. Die Geschwulst wurde, nachdem Patientin 7 Jahre lang an ihrer Erkrankung gelitten hatte, mit glücklichem Erfolg entfernt.

FINDER.

43) **St. Clair Thomson. Stirnhöhlenempyem; zwei Todesfälle nach Operation. (Frontal sinusitis; two cases of death after operation.)** *Lancet. 12. August 1905.*

Der eine Fall betraf eine 27jährige Frau mit beiderseitigem Empyem der

Stirnhöhle, Siebbeinzellen und Oberkieferhöhle; es wurde die linke Oberkieferhöhle nach dem Caldwell-Luc'schen Verfahren eröffnet. Am Tage, als Patient das Krankenhaus verliess, zeigte sich unter grossen Schmerzen eine Anschwellung über beiden Stirnhöhlen. Einen Monat darauf wurde Pat. wieder ins Krankenhaus aufgenommen; mittels dreier Operationen wurden die Stirnhöhlen und Siebbeinzellen eröffnet. Jedoch starb die Kranke nach 2 Monaten an Leptomeningitis.

Im zweiten Fall starb die 17jährige Patientin 18 Monate nach der ersten Operation an der Stirnhöhle, obwohl noch eine Anzahl weiterer Eingriffe vorgenommen war.

ADOLPH BRONNER.

41) **Delsaux. Radicalcur der Sinusitis fronto-ethmoido-maxillaris. (Cure radicale de la sinusite fronto-éthmoido-maxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 10. 1905.*

D. bedient sich eines von den klassischen Methoden merklich abweichenden Verfahrens. Dank der Moure'schen Incision dringt er in alle Nebenhöhlen ein und schafft sich einen Einblick in die ganze Tiefe der offen liegenden Nebenhöhle. Innerhalb 14 Tagen sind die ausgedehnten Verletzungen ausgeheilt.

Es ist dies ein Verfahren, welches die französischen Rhinologen bei der Versammlung der französischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft in Paris adoptirt haben. Jedoch ist Verf. im Gegensatz zu anderen der Ansicht, dass, wenn die Operation vollständig ausgeführt würde, anstatt einer doppelten Nasen- und Hautdrainage die einfachen Nasendrainage genüge.

PARMENTIER (BAYER).

45) **Mercier. Operative Behandlung der chronischen Frontoethmoidalsinusitis. (Traitement opératoire de la sinusite fronto-éthmoïdale chronique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 46. 1905.*

In der Sitzung der klinischen Gesellschaft Brüsseler Hospitäler vom 9. September 1905 stellt M. einen Kranken vor, bei welchem er folgende Operation vorgenommen hatte: Resection der vorderen Sinuswand und des Orbitalrandes; Resection der Orbitalapophyse des Stirnbeins, des aufsteigenden Astes des Oberkiefers in der Ausdehnung von 12 mm in der Höhe des Canal. nasofrontal.; Resection des Unguis an der der vorderen Ethmoidalzelle entsprechenden Partie; Resection eines Theiles der Lamina papyracea und Entfernung der kranken Zellen. Die hinteren Zellen und der Sinus sphenoid. werden, weil gesund, nicht curettirt: vollständige Heilung und unbedeutende Entstellung trotz der ausgebreiteten Resection.

Sodann zeigt M. ein anatomisches Präparat vor, an welchem er auf der einen Seite die oben beschriebene Operation und auf der anderen die Luc'sche Operation ausgeführt hatte.

Er zeigt noch einen Schädel aus der fränkischen Zeit vor, an welchem die beiden sehr gut erhaltenen Stirnhöhlen enorm entwickelt und beide durch eine Knochenlamelle, die eine Scheidewand bildete, abgetheilt waren. BAYER.

46) **Iwanow. Zur Frage der Radicaloperation der Stirnhöhle. (K woprosu o korennoi operati lobnoi pasuchi.)** *Chirurgija. p. 538. 1905.*

I. beschreibt die Killian'sche Operation und giebt drei Krankengeschichten. I. ist der Meinung, dass die Verödung der Höhle nicht durch Neubildung von Knochengewebe, sondern knochenähnlicher Gewebe vor sich geht. Die Resultate der Operation waren befriedigend.

P. HELLAT.

47) **Passow** (Berlin). **Ueber Stirnhöhleneiterungen und ihre Behandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. 1905.*

Empfehlung der Killian'schen Operation. Vortr. empfiehlt die Nase früh Morgens nach dem Aufstehen zu untersuchen und die Kranken vor der Operation einige Tage stationär zu beobachten. Es sollte vor der Operation — ausser bei vitaler Indication — immer erst noch ein Versuch mit Entfernung der mittleren Muschel gemacht werden.

Demonstration der Killian'schen Operation am Präparat. Schwierig ist die Differentialdiagnose zwischen Siebbein- und Stirnhöhleneiterung, weil oft beide erkrankt sind. Nach Killian'schem Vorschlag kann die Orientirung erst bei der Operation geschehen: Probeeröffnung der Stirnhöhle. Da aber Vortr. in einem solchen Falle Infection der Stirnhöhle sich anschliessen sah, wirft er die Frage auf, ob es nicht besser sei, „von unten vorzugehen, indem man zunächst an der Nase den Processus frontalis entfernt und nach oben untersucht, ob die Stirnhöhle frei ist". Ausserdem ist dann bei vorkommendem Fehlen der Stirnhöhle ausgeschlossen, die Schädelhöhle zu eröffnen.

Demonstration von operirten Kranken, zum Theil mit gutem kosmetischen Erfolge. Einmal trat nach der Operation bei Erbrechen Emphysem der Wunde auf; trotzdem aber Heilung per primam.

ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Grünwald** (Reichenhall). **Die Resection des Vomer als Abschluss der Radicaloperation der Stirnhöhle.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 3. 1906.*

Schilderung des Operationsverfahrens.

SEIFERT.

49) **Holbrook Curtis. Depression der Stirnhöhle durch Anwendung von Paraffin beseitigt. (Frontal sinus depression obliterated by the employement of paraffin.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Zur Behebung der Deformation wurde eine plastische Operation gemacht. Das Narbengewebe wurde excidirt, die Wundränder gehoben und die Depression mit Paraffin ausgegossen; dann wurde die Haut über die Basis der Paraffinplombe gezogen und vernäht. Heilung per primam, Entfernung der Nähte nach vier Tagen. Die Stirn erscheint jetzt vollkommen flach. Das Verfahren hat vor der Paraffininjection den Vorzug, dass nicht das alte Narbengewebe bestehen bleibt.

EMIL MAYER.

50) **W. Glegg** und **P. J. Hay. Ein Fall von Empyem des hinteren Siebbeinlabyrinths mit Lähmung der conjugirten Augenbewegungen und Gesichtsfeldeinschränkung. (A case of empyema in the posterior ethmoidal labyrinth with paralysis of the conjugate movements of the eyes and limitation of the visual fields.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Die 19jährige Patientin hatte eine Gesichtsfeldeinschränkung besonders auf

der temporalen Seite. Sehvermögen $^6/_{12}$ und $^6/_{18}$. Auf die Aufforderung, nach rechts zu blicken, bewegten sich beide Augen nicht über die Mittellinie. Beim Blick nach links konnte man einen leichten horizontalen Nystagmus beobachten. Mittels der Rhinoskopia posterior sah man etwas Eiter am hinteren Ende der rechten mittleren Muschel. Es bestand dumpfer Kopfschmerz. In Narkose wurde die mittlere Muschel entfernt, die hinteren Siebbeinzellen ausgeräumt. Allmälige Wiederherstellung.

ADOLPH BRONNER.

51) **E. Temple Smith** (Queensland). **Doppelseitige Siebbeineiterung. Operation. Heilung. (Double ethmoidal suppuration. Operation. Recovery.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1906.*

Bei der 25jährigen Patientin sah man mittels der hinteren Rhinoskopie Eiter am hinteren Ende der mittleren Muschel; von vorn war kein Eiter zu sehen. Die Siebbeinzellen wurden ausgeräumt. Zwei Wochen darauf konnte man constatiren, dass Eiter aus dem Infundibulum herabfloss; es wurden nun einige Zeit lang Einspritzungen von Wasserstoffsuperoxyd in den Ductus naso-frontalis gemacht; Pat. verlor seine Kopfschmerzen und eitrige Absonderung.

A. J. BRADY.

52) **Delneuville** (Spa). **Ein Fall von Augencomplication einer Sinusitis sphenoidalis. (Un cas de complication oculaire d'une sinusite sphénoidale.)** *La Presse oto-rhino-laryngol. Belge. No. 1. 1906.*

Patient, 46 Jahre alt, bemerkte seit einiger Zeit eine Abschwächung des Gesichtsvermögens; er schrieb diese Störungen dem Alter zu, und fragte um „Augengläser". Die Gesichtsschärfe war auf $^1/_2$ reducirt auf dem linken Auge, während das rechte Auge die Finger kaum auf einen Meter Distanz zählen konnte. Die Augenmedien und der Augengrund waren normal; für die Farben bestand ein centrales Scotom. Diagnose: Neuritis retrobulbaris; die Untersuchung der Nase gestattete die Ursache derselben auf die Existenz einer Sinusitis sphenoidalis zurückzuführen. Rein medicinische Behandlung; die Sinusitis kam nach einem Monat zur Heilung und die Sehschärfe beider Augen wurde kurze Zeit darauf wieder ganz normal.

BAYER.

53) **Calamida. Carcinom der Keilbeinhöhle. (Carcinome du sinus sphénoidal.)** *Arch. internat. de Laryngologie. März-April. No. II. 1905.*

Primäre Tumoren der Keilbeinhöhle sind sehr selten. Verf. hat bei einer 62jährigen Frau ein primäres Carcinom der Keilbeinhöhle beobachtet, das secundär Nase, Schädel und Rachen ergriffen hatte. Von Seiten des Gehirns lagen keine Erscheinungen vor; der Tod erfolgte an Kachexie.

E. J. MOURE.

54) **Hennebert. Kugel im Sinus sphenoidalis. (Balle dans le sinus sphénoïdal.)** *La Clinique. No. 52. 1905.*

Im Cercle Médical von Brüssel zeigt H. am 1. December 1905 zwei Radiographien vor, hergestellt von M. Maffei, auf welchen man bei der einen auf der lateralen Gesichtsfläche, bei der andern auf der Sagittalfläche, im Niveau des rechten Sin. sphenoid eine Revolverkugel erkennt. Die genaue Untersuchung der

Nasenhöhle nach „Cocainadrenalination“ lässt keine Läsion erkennen; das Individuum, Träger des Fremdkörper seit 5 Jahren, weist gleichfalls keine Symptome auf.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

55) **Walther Baumann** (Breslau). **Ueber den Rachenreflex.** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1906.*

Autor bespricht zunächt die verschiedenen Benennungen und Definitionen, wie sie von einzelnen Autoren für die im Rachen auslösbaren Reflexe gegeben wurden, wobei er die in der laryngo-rhinologischen Litteratur niedergelegten Arbeiten unerwähnt lässt. Autor hält es am zweckmässigsten nur 2 Reflexe zu unterscheiden, und zwar: 1. den „Rachenreflex, das Eintreten von Contractionserscheinungen bei der für den Würgeakt nothwendigen Musculatur auf einen gewissen Reiz hin (Berühren der hinteren Rachenwand), und 2. der „Gaumenreflex-Contraction der Musculatur des weichen Gaumens bei Berührung desselben mit dem Spatel“.

Baumann studirte das Vorkommen des Rachenreflexes, bezw. dessen Steigerung oder Herabsetzung bei 4 Compagnieen Soldaten, 155 Schülern und bei 700 poliklinischen Patienten und bespricht eingehend seine Untersuchungsresultate, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

56) **K. M. Wenzel** (Wien). **Ueber paradoxe Schmerzlocalisation im Rachen.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1905.*

Bericht über einen Fall, „in welchem die Schluckschmerzen paradoxerweise regelmässig auf die der betroffenen Pharynxparthie entgegengesetzten Seite von dem Kranken localisirt wurden“. Unter Bezugnahme auf die Quincke'schen Schemata über die Nervenbahnen physiologische Erörterungen über diese paradoxen Empfindungen und kritische Betrachtung der einschlägigen Litteratur.

HECHT.

57) **Finck. Die Gicht des Pharynx. (La goutte du pharynx.)** *Nancy. Imprimerie Crépin-Lebloud. 1906.*

Im Anschluss an einen Fall von acuter gichtischer Angina bei einem notorisch an Gicht leidenden Manne und an die sich eine Kniegelenksentzündung anschloss, bespricht Verf. die Hauptsymptome dieser Affection. Er erwähnt gleichzeitig die von anderen Autoren gemachten hierher gehörigen Beobachtungen.

BRINDEL.

58) **Jacob E. Schadle. Die Bedeutung des Rachenödems. (The significance of edema of the pharynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1906.*

Verf. berichtet über einen Fall von Pharynxödem bei acuter Nephritis, der einen 70jährigen Manne betraf. Im Anschluss an eine Influenza entwickelte sich ein Peritonsillitis; am nächsten Tage war eine bräunliche Anschwellung an der Wange vorhanden. Nach 3 Tage gingen alle Erscheinungen zurück, doch bildete sich jetzt ein Oedem des Pharynx heraus. Jetzt entdeckte man zuerst eine acute

Nephritis. Sorgfältige Untersuchung des Halses ergab das Vorhandensein einer Anschwellung hinter dem linken hinteren Gaumenbogen, der sich nach unten gegen den Larynx hin erstreckte; es wurden tiefe Incisionen gemacht, doch kam kein Eiter zum Vorschein.

EMIL MAYER.

59) **Rivière** (Lyon). **Grosses Gummi des Pharynx. (Gomme volumineuse du pharynx.)** *Société de médecine de Lyon. 6. September 1905.*

Es bestanden keine anderen Symptome ais Schmerzen bei der Deglutition. Diese Erscheinung bestand seit einem Monat. Die Beobachtung wird als Stütze für das sogenannte „Garel'sche Gesetz" von der langdauernden Dysphagie als Zeichen der Syphilis angeführt.

PAUL RAUGÉ.

60) **Le Dentu** (Paris). **Submaxillares Myxo-Chondrom branchialen Ursprungs. (Myxo-chondrome sous-maxillaire d'origine branchiale.)** *Société de chirurgie. 20. December 1905.*

Es handelte sich um einen Tumor, der sich zwischen Kiefer und Submaxillardrüse entwickelt hatte; diese war nach unten dislocirt. Die Geschwulst war wenig beweglich und hatte die Grösse einer grossen Nuss. Die Entfernung war leicht. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Myxo-Chondrom handelte.

PAUL RAUGÉ.

61) **Sablé. Facialisneuralgie infolge eines Tumors der fossa pterygo-maxillaris. (Neuralgie faciale due à une tumeur de la fosse ptérygo-maxillaire.)** *Journal des sciences médicales de Lille. No. 14. 7. April 1906.*

Der Tumor wurde bei der Operation entdeckt. Es handelte sich um ein Epitheliom, das zu einer Deformation des Schädels geführt und die Rachenwand vorgewölbt hatte. Der Pat. starb am Tage nach dem Eingriff.

BRINDEL.

62) **Zagger. Verschwinden eines augenscheinlich malignen Halstumors. (Disappearance of an apparently malignant tumor of the throat.)** *Lancet. 22. April 1905.*

Verf. berichtet über einen im Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, October 1904, erwähnten Fall. Dieser betraf eine 70jährige Frau mit einer Geschwulst am weichen Gaumen, die an Grösse zunahm und geschwürig zerfiel. Sie verschloss den Pharynx und verursachte grosse Dysphagie; auch waren die Submaxillardrüsen auf der linken Seite geschwollen. Plötzlich fühlte sich die Pat. besser, und nach 6 Monaten war der Tumor, der die Grösse eines kleinen Eies gehabt hatte, verschwunden.

ADOLPH BRONNER.

63) **F. F. Chamberlin. Resultat in einem mittels Serumtherapie behandelten Fall von Halssarkom. (Result in one case of sarcoma of throat treated by serum therapy.)** *Virginia Medical Semi Monthly. 23. Juni 1905.*

Der durch Toxin von B. prodigiosus und Streptococcus hervorgebrachte günstige Effect datirt seit 2 Jahren.

EMIL MAYER.

64) **Arthur P. Herring** (Baltimore). **Sarkom des Vomer mit ausgedehntem Befallensein der angrenzenden Gebilde und Metastasen in der Schädelhöhle. (Sarcoma of the vomer with extensive involvement of the adjacent structures and metastases in the cranium.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905.*

Pat. war ein 17jähriger Mann. Der Tumor wuchs von der rechten Seite des Vomer nach hinten in den Nasenrachen. Bei der Section fand man einen kleinen runden Tumor in der mittleren Schädelgrube, nahe der Spitze des Felsenbeins. Man konnte die Geschwulstbildung von der Schädelhöhle durch das Keilbein in die Nase hinein verfolgen.

A. LOGAN TURNER.

65) **T. V. Shoemaker. Sarkom der Mundschleimhaut. (Sarcoma of the mucous membrane of the mouth.)** *N. Y. Medical News. 16. December 1905.*

Pat. ein 43jähriger Mann, datirte seine Erkrankung seit 20 Monaten. Man sah einen höckrigen Tumor, der den harten Gaumen einnahm. Mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes zeigte, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelte. Mittels des Skiagraphs konnte man feststellen, dass auch der Knochen mitergriffen war. Da Verf. seiner Erfahrung nach auch die radikalsten chirurgischen Eingriffe in diesen Fällen für aussichtslos hält, so behandelte er mit X-Strahlen. Jede Sitzung dauerte 6—8 Minuten. Diese Behandlung hat eine entschiedene Besserung bewirkt.

LEFFERTS.

66) **A. H. Ohmann. Zwei Fälle von Epitheliom der Mundhöhle. (Two cases of epithelioma of the mouth.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. März 1906.*

In beiden Fällen wurde die Operation verweigert. Beide Patienten starben in Folge Autointoxication, ausgehend von den zerfallenen Tumoren.

EMIL MAYER.

67) **G. E. Pfahler. Epitheliom der Mundschleimhaut. (Epithelioma of the mucous membrane of the mouth.)** *N. Y. Medical News. 16. December 1905.*

Patient war ein 65jähriger Mann. Die Krankheit bestand seit vier Monaten; der Sitz des Tumors war auf dem Mundboden. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen brachte entschiedene Besserung.

LEFFERTS.

68) **Friedmann** (Berlin). **Ein Fall von Carcinom der Uvula.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 15. 1905.*

Bei einem 49jährigen Patienten mit leichten Schluckbeschwerden ist die Uvula zu einem kirschgrossen, gelbröthlichen, grobhöckerigen Tumor verwandelt. Probeexcision: Cancroid.

ALBANUS (ZARNIKO).

69) **Gaudier. Die Fremdkörper des Rachens. (Les corps étrangers du pharynx.)** *Echo méd. du Nord. 8. November 1905.*

Klinische Studie über die verschiedenen Bedingungen, unter welchen man Fremdkörper im Pharynx beim Erwachsenen und Kinde zur Behandlung bekommt.

A. CARTAZ.



d. Diphtherie und Croup.

70) **H. Maag** (Dänemark). **Kann eine Diphtherieepidemie durch präventive Einspritzungen von Antidiphtherieserum aufgehalten werden? (Kan en Diphtheritisepidemi stoppes ved praeventive Indsproitninger af Antidifteri-Serum?)** *Hosp. Tid. p. 253. 1906.*

Verf. hat versucht, die Ausbreitung einer Epidemie in der Stadt Noestved dadurch aufzuhalten, dass er die Schulkinder mit Einspritzungen von Antidiphtherie-Serum immunisirte, sobald Diphtherie unter ihnen auftrat. Das Ergebniss war ausserordentlich günstig, denn von 423 immunisirten Kindern bekamen nur drei Diphtheritis.

E. SCHMIEGELOW.

71) **Büsing** (Bremen). **Diphtherieepidemie in einem Hôtel.** *Zeitschrift f. Med.-Beamte. August 1906.*

Die Epidemie ging von der Tochter des Hoteliers aus; als auch ein Kellner erkrankte, wurden die 71 anscheinend völlig gesunden Insassen des Hotels bacteriologisch untersucht. Es fanden sich bei 6 virulente Diphtheriebacillen. Von diesen 6 Personen erkrankten in der Folge 5 an „Angina". Verf. stellt die Forderung auf, dass bei allen Diphtheriefällen, die in Hotels, Krankenhäusern etc. vorkommen, von sämmtlichen Personen, die mit den Erkrankten näher zusammengekommen sind, Halsabstriche entnommen und diese bacteriologisch untersucht werden. Bacillenträger sind dann unbedingt zu isoliren, und zwar so lange, bis sie frei von virulenten Diphtheriekeimen befunden werden.

FINDER.

72) **W. Zuckar. a) Ueber das Auftreten der Diphtherie im letzten Decennium und ihre Sterblichkeitsverhältnisse. b) Ueber den Effect des Diphtherieserums bei wiederholter Erkrankung und Infection.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1905.*

In der sub a bezeichneten Arbeit kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Gesammtletalität der Diphtherie in Steiermark hat im Lauf des letzten Decenniums ziemlich gleichmässig abgenommen.

2. Hierfür entscheidend ist die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie; denn der Procentsatz der nicht specifisch Behandelten ist eine Function der Letalitätszahl.

3. Der Krankheitscharakter der Diphtherie („genius epidemicus") hat sich im letzten Decennium nicht wesentlich geändert, denn

a) die Letalität der nicht specifisch behandelten Fälle ist annähernd dieselbe geblieben.

b) Die von vornherein bösartigeren Formen der Erkrankung (progressive und toxische) sind im Ganzen weder viel häufiger, noch viel seltener geworden.

4. Auf die fortdauernde Abnahme der Diphtheriesterblichkeit im Spital (10,9 bis 3,4 pCt.) sind insbesondere die günstigeren Ergebnisse der Croupbehandlung von Einfluss.

In der zweiten Arbeit sind folgendes die Schlüsse, zu denen Verf. gelangt:

1. Von den 2323 wegen Diphtherie behandelten Kranken kehrten bisher 21 (0,9 pCt.) mit unzweifelhafter zweitmaliger und 3 (0,13 pCt.) mit drittmaliger

Diphtherieerkrankung wieder. Intervall zwischen erster und zweiter Erkrankung ist 1 Monat bis $5^1/_2$ Jahre.

2. Der Typus der zweitmaligen resp. drittmaligen Erkrankung ist im Durchschnitt kein augenfällig leichterer als jener der ersten Erkrankung.

3. Die im Wesentlichen auf specifische Serumwirkung zurückzuführenden von uns registrirten Effecte der Behandlung treten bei wiederholter Erkrankung und Injection in annähernd gleichem Maasse ein wie bei der ersten Erkrankung.

FINDER.

73) **F. Bourganel. Diphtherieprophylaxe. (Prophylaxie de la diphtérie.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Verf. hält nichts von den Mitteln, die gewöhnlich angewandt werden, um der Entstehung resp. Ausbreitung einer Schulepidemie Einhalt zu thun. Er plädirt vielmehr dafür, alle Schulkinder, sobald sich ein Diphtheriefall gezeigt hat, prophylactisch mit Antidiphtherieserum zu impfen. Die Bestimmung über diese Maassregel und die Ueberwachung über deren Ausführung solle von schulärztlicher Seite geschehen.

FINDER.

74) **Ettore Bargellini. Beitrag zum Studium der Serumprophylaxe bei Diphtherie. (Contributo allo studio della sieroprofilessi della difteride.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. März 1905.*

Verf. hat bei einer Diphtherieepidemie zu prophylactischen Zwecken ein aus dem Turiner Institut stammendes Serum von 150—200 I.-E. bei 45 Kindern in 19 Familien angewandt; von der Krankheit verschont blieben 34 Kinder in 17 Familien; in einer Familie erkrankten zwei, in einer anderen neun Kinder. In allen Fällen verlief die Erkrankung in sehr kurzer Zeit und hatte einen sehr milden Charakter.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Signorelli. Die Pulsationen des laryngo-trachealen Rohrs. (Le pulsazioni dol tubo laringo-tracheale.)** *Policlinico. II. 1906. Gazetta degli ospedali. No. 24. 1906.*

Die laryngo-tracheale Pulsation ist der Ausdruck eines abnorm engen Contactes zwischen dem laryngo-trachealen Rohr und der grossen Arterie und besonders kräftiger arterieller Pulsation. Man findet dieses Phänomen:

Bei Aneurysmen der grossen supracardialen Arterien, bei einfachen Aortenerweiterungen, bei Herzerkrankungen, im Allgemeinen bei excessiver gleichzeitiger Herz- und Aortenerregung, bei Individuen mit verengtem Mediastinalraum.

Die Pulsation bei Aneurysma ist meist sehr intensiv und ausser durch die Palpation auch die Inspection (sichtbare Kehlkopfpulsation) nachweisbar: ihr Erscheinen stellt ein Frühsymptom dar, das lange und meist continuirlich andauert. Die Richtung der Pulsation ist je nach der Lage des aneurysmatischen Sacks verschieden; der Puls kann oft ein doppelter sein.

Die nicht-aneurysmatische Pulsation hingegen ist meist wenig intensiv, fast

niemals durch die blosse Inspection nachweisbar, intermittirend, häufig abhängig von einer Herzerregung.

Die Pulsation ist immer einseitig. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um rechtsseitige laterale Pulsation (Cardarelli'sches Symptom), seltener um descendirenden Kehlkopfpuls (Ollivier'sches Symptom), noch seltener ist der linksseitige laterale Puls, andere Arten findet man niemals.

FINDER.

76) **A. Logan Turner. Ein Fall von Keratose des Kehlkopfs. (A case of keratosis of the larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1906.*

Die Mittheilung des seltenen Falles betrifft einen 64jährigen Mann. Die Keratose nahm die Oberfläche des rechten Stimmbandes seiner ganzen Länge nach ein, ferner das hintere Drittel des rechten Taschenbandes und die vorderen zwei Drittel des linken Stimmbandes. Verf. bespricht die Fälle von Juffinger, Chiari und Fein.

AUTOREFERAT.

77) **J. W. Gleitsmann. Ein Fall von Laryngotomie wegen chronischer Hyperplasie. (A case of laryngotomy for chronic hyperplasia.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Der Fall hatte bei den behandelnden Aerzten Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die Diagnose erregt. Besonders interessant ist das Recidiviren der Hyperplasie, nachdem man in der endlichen Erkenntniss, dass es sich um keine maligne Erkrankung handelte, alle möglichen Mittel zu ihrer Beseitigung angewandt hatte. Verf. giebt eine Schilderung der Operation und des Wundverlaufs. Pat. athmet nach erfolgtem Decanulement bequem per vias naturales; die Stimme klingt etwas heiser; es ist keinerlei Schwellung mehr sichtbar, das linke Stimmband ist infolge einer früheren Erkrankung des Arycricoidgelenkes unbeweglich.

EMIL MAYER.

78) **Emil Glas** (Wien). **Milzbrand des Kehlkopfes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Klinischer Bericht nebst Sectionsbefund eines Anthraxfalles mit vorwiegender Mitbetheiligung des Pharynx und Larynx nebst epikritischen Erörterungen, insbesondere über Infectionsmodus und Differentialdiagnose.

HECHT.

79) **Rudolf Hoffmann** (München). **Ueber Actinomycese des Kehlkopfes und des Kopfnickers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Krankengeschichte eines entsprechenden Falles nebst Autopsiebefund. Epikritische Erörterungen unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, des Infectionsmodus und der pathologisch-anatomischen Befunde.

HECHT.

80) **Molle** und **Jouty. Ein Fall von Arthritis im Crico-arytaenoidgelenk im Verlauf eines allgemeinen acuten Gelenkrheumatismus. (Un cas d'arthrite crico-aryténoidienne au cours d'une rhumatisme articulaire aigue généralisé.)** *Journal des Praticiens. 10. Januar 1906.*

Ein 18jähriger junger Mann erkrankte im Monat August an acutem Gelenkrheumatismus; nach einer relativen Ruhepause von 3 Wochen trat wiederum eine

Erkrankung der grossen Gelenke auf; danach Störungen von Seiten des Kehlkopfs, Dysphagie, Aphonie, Erstickungsanfälle, Dyspnoe. Die Untersuchung des Kehlkopfs zeigte eine starke Anschwellung des linken Crico-arytaenoidgelenks. Unter Behandlung mit einer Lösung von Salicylsäure, Cocain und Adrenalin trat schnell ein Aufhören der Schmerzen ein, ferner allmälige Abnahme der Schwellung, gleichzeitig verschwanden die rheumatischen Symptome. A. CARTAZ.

81) **Alex. Haslund** (Kopenhagen). **Perichondritis cartilaginis thyreoidea et Myositis gummosa m. sternocleidomastoidei.** (Verhandl. der Dänischen dermatolog. Gesellschaft.) *Hospitals-Tidende. p. 651. 1905.*

Patientendemonstration. E. SCHMIEGELOW.

82) **Harrison Smith. Kehlkopfödem. (Laryngeal edema.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1906.*

Verf. formulirt die Grundsätze für die Behandlung wie folgt: Bei acutem primären Oedem kalte Umschläge um den Hals, innerlich Purgativ oder selbst ein Emeticum. Eispillen, Wasserdampf mit Benzoe gemischt, Adrenalinspray in den Kehlkopf und 10 Tropfen derselben Mischung alle Stunde innerlich sind sehr wichtige therapeutische Mittel. Venaesection, Scarification oder Punction sind gleichfalls von Werth. Ferner ist subcutane Anwendung von Pilocarpin und locale Application von Jod angerathen; die wirksamste Maassregel ist die Tracheotomie. Ist das Oedem secundär infolge eines Abscesses in der Nachbarschaft, so bringt die Eröffnung dieses auch das Oedem zum Verschwinden. LEFFERTS.

83) **E. Baumgarten. Pachydermie des Kehlkopfs. (Pachydermia laryngis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1906.*

Rp.	Acid. salicyl.	1 Theil,
	Alkohol. (90 pCt.)	10 Theile,
	Glycerin	2 Theile.

MDS. Zur localen Anwendung. LEFFERTS.

84) **Kuttner** (Berlin). **Ist die Kehlkopftuberculose als eine Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29 u. 30. 1905.*

Verf. sichtet kritisch die etwa 100 Fälle von Kehlkopftuberculose gravider Frauen, die seit seinem vor 4 Jahren auf der Naturforscherversammlung in Hamburg über das Thema gehaltenen Vortrag erschienen sind. Von diesen Fällen überstanden nur 7 die Schwangerschaft, ausser noch 3 Fällen, wo im 3. oder 4. Monat mit günstigem Erfolg die Schwangerschaft unterbrochen wurde.

Der ungünstige Einfluss der Schwangerschaft scheint sich besonders auf die diffuse Form, nicht auf den tuberculösen Tumor oder auf den öfter die Lungentuberculose begleitenden, nicht tuberculösen Katarrh des Kehlkopfes zu erstrecken.

Nach eingehender Würdigung der forensischen, sittlichen und socialen Seite der Frage kommt der Autor nach dem jetzigen Stande der Frage zu folgenden Thesen:

„1. Die diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine höchst ungünstige Prognose.

2. Die Sterblichkeit der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft an Larynxtuberculose gelitten haben, ist eine ungemein grosse.

3. Mit Rücksicht auf Punkt 1 und 2 ist die Kehlkopftuberculose im Princip als eine berechtigte Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen.

4. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Kehlkopftuberculose ist nur dann zulässig, wenn sie nach Lage der Dinge die einzige Möglichkeit und dabei auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für die Rettung der Mutter bietet.

5. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Aussichten bei der Abtreibung der Frucht in den letzten Schwangerschaftsmonaten wenig günstig. In diesem Stadium dürfte die Tracheotomie, so lange es sich nicht um hoffnungslose Fälle handelt, vielleicht noch einige Chancen haben." ALBANUS (ZARNIKO).

85) **Baer** (Sanatorium Wienerwald). **Zur Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Günstige Resultate. Es wäre jeder Kehlkopftuberculöse, der fieberfrei und kräftig genug ist, dieser Behandlung zuzuführen. CHIARI

86) **Hermann v. Schrötter** (Wien). **Ueber Syphilis an der Theilungsstelle der Luftröhre.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1906.*

Bericht über einen einschlägigen Fall, bei dem es sich um ein gummöses Infiltrat an der Bifurcation handelte, das durch directe obere Tracheoskopie festgestellt und dessen Rückbildung auf die gleiche Weise dauernd controlirt wurde. HECHT.

87) **Brindel. Ein Fall von Atresie der Trachea und der grossen Bronchien infolge skleromatöser Neubildung traumatischen Ursprungs. (Un cas d'atrésie de la trachée et des grosses bronches par néoformation scléromateuse d'origine traumatique.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. X. 1905.*

Die Beobachtung ist besonders interessant vom Standpunkt der Pathologie aus, ferner wegen der Schwierigkeiten, die es machte, bei der Tracheotomie die Luftröhre zu finden. E. J. MOURE.

88) **Göbell** (Kiel). **Ein Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynx- und Trachealstenose.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 78. 1906.*

In den Fällen, wo die einfache Abschabung der Granulationen, Dilatation mit Bougies nicht zum Ziele führt, thut eine Intubationscur gute Dienste. In einem näher beschriebenen Falle brachte diese erst Heilung nach Ausführung einer Laryngoplastik. SEIFERT.

89) **Pieniazek. Tracheostenosis, verursacht durch Retroösophagealabscesse. (Zwezenie tchawicy pizez ropnie zapnelykowe abscessus retrooesophageales.)** *Przeglad Lekarski. No. 7 u. 8. 1906.*

Indem Verf. einige allgemeine Bemerkungen über retropharyngeale, retrotracheale und retroösophageale Abscesse und entsprechende Fälle aus der Literatur

der letzten vorausschickt, beschreibt er einen Fall von Retroösophagealabscess bei einem 4jährigen Kinde, bei welchem angeblich in Folge einer vor drei Monaten durchgemachten Lungenentzündung allmälig zunehmende Athemnoth entstand, welche einen exspiratorischen Charakter zeigte. Die laryngoskopische Untersuchung fiel negativ aus. Auscultatorisch wurde beiderseits auf dem Brustkasten stenotisches Geräusch wahrgenommen. Zwecks genauer Trachealuntersuchung führte Verf. unter Narkose das Tracheoskop ein. Die Athemnoth wuchs; man schritt zur Tracheotomie und durch dieselbe Oeffnung wurde das Tracheoskop eingeführt. Das Kind starb kurz darauf. Bei der Autopsie wurde auf dem I.—IV. Brustwirbel ein Abscess vorgefunden, welcher die unteren Theile der Trachea und die beiden Bronchien comprimirte.

v. SOKOLOWSKI.

90) **Nordentoft** (Dänemark). **Ein Fall von Tabes dorsalis und Aortenaneurysma mit Stenose der Trachea. Haemo-Pneumothorax, Haemoptyse 1/4 Jahr, Herzsymptome und universeller Hydrops. Heilung. (Hochfebriler Haemothorax.) (Et Tilfaelde af Tabes dorsalis und Aortaaneurysma, med Stenese af Trachea, Haemo-Pneumothorax, Haemoptyse, 1/4 Aar. Hjerlefaelde og universal Hydrops. Heebredelse. [Höifebril Haemothorax.])** *Hospitals-Tidende. p. 437. 1906.*

Der Titel giebt den Inhalt.

E. SCHMIEGELOW.

91) **H. Curschmann** (Leipzig). **Die Verlagerung der Luftröhre und des Kehlkopfes als Folge gewisser Veränderungen der Brustorgane.** *Mit 5 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1905.*

Curschmann erinnert daran, dass Verlagerungen der Luftröhre und des Kehlkopfes sich bei „Erweiterungen der atheromatös entarteten Brustaorta besonders ihres aufsteigenden Theils und des Bogens, vereinzelt auch bei Dilatation des Truncus anonymus“ finden, erörtert die anatomischen Verhältnisse und klinischen Erscheinungen und giebt zur Illustration einige Krankengeschichten bei. Auf Grund seiner Beobachtungen, die vorerst noch nicht abgeschlossen sind, glaubt Autor, „dass bei Luft- und Flüssigkeitsansammlungen im Rippenfellraum unter besonderen Umständen“ gleichfalls Luftröhren-Kehlkopfverschiebungen eintreten können; ebenso könnte auch durch „Schrumpfungsvorgänge im Thoraxraum die Trachea nach der betroffenen Seite hin“ verzogen werden.

HECHT.

92) **C. Pfeiffer** (Tübingen). **Ueber die Röntgenuntersuchungen der Trachea bei Tumoren und Exsudat im Thorax.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 8. 1906.*

Bezugnehmend auf die Arbeit Curschmann's weist Autor darauf hin, dass „Verlagerungen der Luftröhre bei gewissen Erkrankungen der Brustorgane häufiger vorhanden sind, als man annimmt, dass sie aber auch durch das Röntgenbild exacter, leichter und frühzeitiger zu erkennen sind, als mittels Palpation und Inspection“. Autor berichtet über einen Fall von pleuritischem Exsudat bei einem 4jährigen Kinde, bei dem die Röntgenphotographien eine Verlagerung der Trachea als Folge der Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum erkennen liessen.

HECHT.

93) **Rosolino Balini. Trachealstenose infolge Compression durch hyperplasirte peribronchiale Drüsen. (Stenosi tracheale da compressione prodotta da glandule peribronchiali iperplastiche.)** *Gazzetta degli ospedali. No. 44. 1906.*

Der Fall betrifft einen 3jährigen Knaben, der an schwerster Athemstenose litt. Man glaubte zuerst, dass es sich um eine Diphtherieinfection handelte, bis man erkannte, dass das Athemhinderniss in einer Compression der Luftröhre durch geschwollene Lymphdrüsen bestand. Bei einem Hustenanfall brachte das Kind einen ungefähr nussgrossen runden Körper zu Tage, der bei der mikroskopischen Untersuchung als eine Lymphdrüse erkannt und in dem zahlreiche Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Die Stenose ging zwar bald zurück, jedoch erkrankte das Kind bald darauf plötzlich unter Schüttelfrost, Fieber und Husten. Es starb am 8. Tage darauf an diffuser tuberculöser Pneumonie.

FINDER.

94) **Pollak. Bronchialdrüsentuberculose mit Perforation in die Trachea.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Tracheoskopisch konnte bei dem vierjährigen Kinde in der Gegend der Bifurcation eine Vorwölbung der hinteren Trachealwand constatirt werden, an deren Stelle am 7. Tage nach der Tracheotomie nach Expectoration mehrerer Gewebsstückchen vermengt mit blutigeitrigem Schleim die Perforation erfolgte. —

CHIARI.

95) **Arnheim** (Berlin). **Ein Fall von Bronchostenose.** *Berl. klin. Wochenschr. Vereinsbeilage. No. 32. 1905.*

Vorstellung der 6jährigen Patientin, bei der die Bronchostenose wahrscheinlich durch einen Tumor der Brusthöhle hervorgerufen wird. Röntgenbild ohne Befund in Bezug auf Fremdkörper; über Bronchoskopie ist nichts berichtet. Probepunctionen fielen negativ aus.

ALBANUS (ZARNIKO).

f. Schilddrüse.

96) **Ranzi. Röntgenaufnahmen von Strumen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 19. Januar 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1906.*

Mittelst des Röntgenverfahrens lässt sich stets ermitteln, ob und wie weit die Trachea verlagert oder verengt ist.

CHIARI.

97) **Ed. Stadler** (Leipzig). **Ein Fall von acuter, nicht eitriger Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1906.*

Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, bei dem durch den hochgradig geschwollenenen, sehr breiten Mittellappen der Schilddrüse der Kehlkopf nach oben gedrängt und fixirt wurde, wodurch Aphonie bedingt und das Schlucken fast unmöglich wurde. Eine weitere Complication bestand in dem Auftreten einer hämorrhagischen Nephritis. Unter symptomatischer Behandlung spontane Heilung.

HECHT.

98) **W. Keiller. Anatomie eines Falles von cystischem Adenom der Schilddrüse. (Anatomy of a case of cystic adenoma of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

Im Anschluss an den interessanten Sectionsbefund bespricht Verf. die Vorsichtsmassregeln, die man bei der Entfernung gutartiger Schilddrüsengeschwülste zu beobachten hat. LEFFERTS.

99) **W. G. Mc. Callum. Die Pathogenese des Morbus Basedow. (The pathogenesis of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1906.*

Verf. hat bei seinen Untersuchungen der Schilddrüse bei Morbus Basedow constante Veränderungen, jedoch nicht in derselben Intensität gefunden. In einigen frühen oder leichten Fällen waren die Veränderungen herdweise, indem kleine Gewebspartien unregelmässige Alveolenbildung, verdicktes Epithel, Mangel an Colloid zeigten, während das umgebende Gewebe normal war. Solche Veränderungen können häufig übersehen werden, besonders wenn, wie es in der Schweiz häufig der Fall ist, die Patientin einen Colloidkropf hat. Verf. hält es für schwer zu beweisen, dass die Thyreoidea eine activere Secretionsthätigkeit hat als in der Norm. Jedoch trat bei Darreichung von Schilddrüsenextract eine Exacerbation der Symptome bei diesen Patienten ein, während hei Excision eines Theils der Drüse ein Nachlass derselben zu constatiren war. Aus der Menge des coagulirten Materials in den Lymphräumen könne man keinen Schluss auf die Menge des Colloid ziehen, da jenes wahrscheinlich Lymphplasma ist. Verf. meint, die Lösung des Problems vom Wesen der Basedow'schen Krankheit hängt zusammen mit der Aufklärung über die Verhältnisse des Jods im Organismus. Die primäre Ursache des Morbus Basedow besteht seiner Auffassung nach darin, dass in Folge eines schädigenden oder reizenden Agens ein Theil der Schilddrüse zerstört wird, während der Rest der Drüse hypertrophirt. Die im Verlauf von Infectionen vorkommende acute Thyreoiditis kann diesen Effect heben. Insufficienz der Parathyreoiddrüsen spielt keine Rolle beim Zustandekommen der Krankheit. LEFFERTS.

100) **James Tyson. Die medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1906.*

Verf. setzt seine Hoffnung auf die Entdeckung eines wirksamen Antitoxins. LEFFERTS.

101) **J. Trap-Meyer** (Norwegen). **Ein Fall von Morbus Basedow, behandelt mit Blut und Milch einer thyreoidectomirten Ziege. (Et tilfälde af morb. Basedow, behandlet med blod og melk af thyreoidektomiret Gjed.)** *Norsk Mag. for Lägevidenskaben. p. 707. 1905.*

Titel giebt den Inhalt. E. SCHMIEGELOW.

102) **G. Dock. Klinische Beobachtungen über Morbus Basedow. (Clinical observations in exophtaclmic goiter.)** *American Medicine. 24. Februar 1906.*

Verf. berichtet über 32 Fälle, 29 Frauen und 3 Männer. Bei 12 Patienten konnte constatirt werden, dass kurz vor Auftreten der Symptome eine Krankheit

oder ein Nervenshock vorausgegangen war. In diesen Fällen war der Kropf das erste Symptom, in 12 andern wurde der Kropf 3—47 Jahre lang beobachtet, bevor andere Symptome auftraten. In allen Fällen war die Schilddrüse vergrössert. In 26 Fällen hörte man ein systolisches Geräusch über der Schilddrüse. Tachycardie fehlte nur bei 2 Patienten; bei dem einen von ihnen war sie vor Beginn der Beobachtung vorhanden gewesen. In einigen Fällen war der Blutdruck erhöht bis zu 180 mm. Augensymptome fehlten nur in 3 Fällen. Ein ständiges und sehr auffallendes Symptom war Abmagerung. Zwei Fälle endeten tödtlich, der eine in Folge intercurrenter Erkrankung, der andere unter acuten Symptomen. Bei der Behandlung ist grosses Gewicht auf Ruhe zu legen. Chirurgische Behandlung ist mit gewissen Einschränkungen zu empfehlen.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

103) **A. Cahn** (Strassburg). **Ueber die diagnostische Verwerthung der Röntgenstrahlen und der Gebrauch der Quecksilbersonde bei Speiseröhrenerkrankungen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1906.*

An der Hand einer Reihe in extenso beschriebener Fälle bespricht Autor die Zweckmässigkeit der Röntgenuntersuchung und die therapeutischen Erfolge, die er durch den Gebrauch einer mit Quecksilber gefüllten weichen Gummisonde erzielte. Die Fälle, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei, betrafen: 1. Oesophaguslähmung, 2. Oesophagospasmus, 3. vernarbtes Ulcus rotundum oesophagi, 4. Verziehung der Speiseröhre durch ein vernarbtes, vielleicht syphilitisches Geschwür in der Gegend der Cardia, und 5. eine spindelförmige Erweiterung des Oesophagus (mit Röntgenabbildung). Bei all' diesen Fällen erzielte Autor mit seiner Quecksilbersonde Erfolge, die der bisherigen Sondenbehandlung weit überlegen waren, während bei carcinomatösen Strikturen auch sie meist versagte.

HECHT.

104) **Howard E. Lomax. Ruptur der Speiseröhre infolge Trauma von aussen. (Rupture of the esophagus resulting from external traumatism.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Januar 1906.*

Pat. wurde zwischen der Thür eines Fahrstuhls und der Wand eingeklemmt. Es bestand keine Fractur der Glieder oder Rippen, jedoch eine Bauchwunde, die vernäht wurde, sowie eine Quetschwunde über der linken Brust nebst zahlreichen Hautabschürfungen. Pat. war cyanotisch und klagte über dumpfen Schmerz in der linken Mamillargegend. Sechs Stunden darauf verzehrte Pat. ohne Beschwerden Fleischbrühe und Milch, klagte dann über heftige Schmerzen in der linken Brust, die Athmung wurde erschwert, der Puls weich und beschleunigt. Elf Stunden nach dem Anfall starb Pat. Die Section ergab Ruptur der Speiseröhre und Mageninhalt in der linken Pleurahöhle.

LEFFERTS.

105) **Ewald** (Berlin). **Ein mit dem Oesosphagoskop behandelter Fall von hochgradiger Laugenverätzung der Speiseröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. Vereinsbeilage. No. 27. 1905.*

Drei Wochen nach versehentlichem Trinken von Kalilauge trat bei einer 28jährigen Dame vollkommene Unmöglichkeit zu schlucken ein; nur wenige

Tropfen Wasser wurden unter glucksendem Geräusch in den Magen gewürgt. Nun grosser Kräfteverfall. Befund: 14 cm hinter Schneidezähnen Hinderniss. Mit Oesophagoskop dort verschliessende Membran sichtbar, durch deren vorhandene minimale Oeffnung erst nach 12 Tagen ein Fischbeinstäbchen unter Leitung der Wand des Oesophagoskops gebracht werden kann. Nun kann diese Oeffnung leicht mit stärkeren Sonden erweitert werden. Patientin ist damit — ohne Gastrostomie — gerettet.

ALBANUS (ZARNIKO).

106) **Mauclaire. Fremdkörper der Speiseröhre. Oesophagotomia externa. (Corps étranger de l'oesophage; oesophagotomie externe.)** *Soc. de chirurgie im Bullet. médical. No. 39. Mai 1906.*

Verf. ist sonst Anhänger der Oesophagoskopie vor Einleitung jedes operativen Verfahrens. Im vorliegenden Fall — es handelt sich um ein verschlucktes Gebiss — musste er zur äusseren Oesophagotomie schreiten. Es trat Heilung ein.

BRINDEL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. März 1906.

Friedmann stellt einen Pat. mit Neurofibromatosis vor; derselbe zeigt nicht nur über den ganzen Körper verstreute hanfkorn- bis taubeneigrosse Tumoren, sondern auch eine schon seit 20 Jahren bestehende hühnereigrosse, vom harten Gaumen und dem Alveolarfortsatz des linken Oberkiefers ausgehende, weiche, verschiebliche Geschwulst, ein Neurofibrom.

P. Heymann zeigt eine Reihe von Werken herum, die sich auf die Laryngoskopie beziehen (Levret, Türck, Czermak u. A.).

Senator berichtet über die in der Junisitzung v. J. vorgestellte Patientin mit Tuberculose der Mundhöhle, die man als Fütterungstuberculose hätte ansprechen können. Die Untersuchung des Secrets hat ergeben, dass es sich nicht um Bacillen von dem Typus bovinus, sondern des Typus humanus handelte. Immerhin könnte trotzdem eine Fütterungstuberculose vorhanden gewesen sein, wenn man eine Infection durch Schweinefleisch annehmen wollte, weil das Schwein mit jeglicher Art von Tuberculose — auch mit solcher vom Menschen — inficirt werden kann, und bei Genuss von solchem Fleisch der Mensch eine Rückinfection erleiden kann. Immerhin ist diese Annahme eine gewundene, und es muss offen bleiben, ob es sich hier nicht um eine Inhalationsinfection handelt.

B. Fränkel: Dieser Fall zeigt, dass auch nicht jede Tuberculose der Tonsillen eine Fütterungstuberculose zu sein braucht, sondern auf Inhalation von in Luft schwebenden Tuberkelbacillen zurückzuführen sein kann; ebenso steht es mit der Darmtuberculose.

Discussion über B. Fränkel's Vortrag: Wem gebührt die Priorität der Erfindung der Laryngoskopie?

P. Heymann: Czermak war der Apostel der Laryngoskopie; Stoerk hat immer Türck als ihren Erfinder bezeichnet; er hat zuerst die klinische Laryngoskopie angewendet. Er hat auch Cz. Mittheilungen über seine Methode und Befunde gemacht, und dieser hat, ohne Türck vorher zu unterrichten, seine Resultate veröffentlicht und sich ihm gegenüber ins Unrecht gesetzt, und die Empfindung desselben ist wohl die Quelle seiner immerhin bindenden Erklärung. Die Garcia-sche Methode sollte anderen Zwecken dienen und ist für die Medicin eine sehr unvollkommene gewesen.

Kohler (a. G.) ergeht sich in weitläufigen juristischen Auseinandersetzungen über Erfindung, Patent, Verbesserungserfindung u. s. w., die sich in dem kurzen Rahmen eines Referates nicht wiedergeben lassen. Sie gipfeln in dem Satz: Czermak war unzweifelhaft ein Erfinder, aber nicht der der Laryngoskopie; dies war vielmehr Türck.

Mankiewicz (a. G.). Baumès und Babington haben sicherlich schon praktische Laryngoskopie getrieben; letzterer ist nach dem Urtheil der Geschichte der Erfinder der Laryngoskopie.

B. Fränkel: Türck war nicht in der Lage, seine Methode den Aerzten zur allgemeinsten und ausgiebigsten Benutzung zu empfehlen; nach Czermak's Publication wurden Aerzte, die sich vorher mit anderen Disciplinen beschäftigt hatten, Laryngologen, wie z. B. Türck selbst.

Katzenstein: Der Erfinder des Kehlkopfspiegels ist Garcia; er hat die gesammte Physiologie des Gesanges und des Sprechens in systematischer Weise aufgebaut.

Discussion über Kuttner's Vortrag: Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.

Grabower: Die Wagner-Grossmann'schen Untersuchungen haben uns immerhin über die functionelle Stellung des M. cricothyreoid. unterrichtet. Bei Schädigung des Recurrens leiden die Nervenelemente der Adductoren und Abductoren gleichmässig, aber der Effect, die Lähmung, kommt bei Letzterem früher zum Ausdruck. Eine grössere Vulnerabilität des Posticus ergiebt sich aus der Thatsache, dass die musculäre Nervenversorgung in demselben viel ungleichmässiger als in den Adductoren, und dass die Zahl seiner nervösen Elemente ungleich geringer ist. An eine biologische Differenz beider Muskelgruppen will G. nicht glauben.

(Discussion wird vertagt.)

Sitzung vom 4. Mai 1906.

A. Rosenberg stellt eine 48jährige Frau mit einem Nasensarkom vor, das anscheinend vom Siebbein ausgehend, in die Sinus maxillaris und frontalis eingedrungen ist und die Orbitalwand des letzteren durchbrochen hat.

Schötz berichtet über einen Patienten, der nach einem Lippenfurunkel Schmerzen in der Brust und blutig tingirtes Sputum bekam — unter Temperatur-

anstieg —, dazu gesellten sich Heiserkeit und Schmerzen im Kehlkopf. Unter dem Epiglottiswulst zeigte sich ein über bohnengrosser fibröser Tumor, der entfernt wurde. Nach 8 Tagen Recidiv. Bei der Application der Schlinge kam neben ihm ein kleines spitzes Knochenstück heraus.

Wahrscheinlich hatte der Patient, der bei der Operation des Lippenfurunkels narkotisirt worden war, beim Genuss von Bouillon das Knochenstückchen aspirirt und dasselbe hatte eine Granulationsgeschwulst erzeugt.

Fortsetzung der Discussion über Kuttner's Vortrag: Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.

Katzenstein: Nach Broeckaert, Kuttner's und Katzenstein's Untersuchungen muss man annehmen, dass Schädigungen, die experimentell den Recurrensstamm treffen, sofort Ad- und Abductoren in gleicher Weise ergreifen. Kuttner's Kritik über K.'s und du Bois-Reymond's Untersuchungsergebnisse bezüglich der Erklärung des zweiten Stadiums der Recurrensparalyse ist nicht zu Recht bestehend. Der Kuttner'sche Versuch lässt ausser Acht, dass sensible Einflüsse das Stimmband bewegen können, und den Stellungsreiz. Er hat auch die etwaige Rolle des Sympathicus und der Gefässe nicht berücksichtigt. Uebrigens giebt es einen N. laryng. med. nicht.

Grabower ficht das Untersuchungsergebniss von Katzenstein und du Bois-Raymond an, dagegen hält er den Kuttner'schen Dyspnoeversuch für einwandsfrei. Ein N. laryng. med. ist bei Menschen und Hunden nicht vorhanden, aber beim Kaninchen.

Kuttner sucht die Gültigkeit seines Versuches K. gegenüber zu erhärten. Er hat auch nach gleichzeitiger Durchschneidung des Recurrens und Sympathicus keine anderen Resultate erhalten.

Der Soundby'sche Fall beweist, dass das Semon'sche Gesetz nicht ausnahmslos gilt, aber er ist eben eine Ausnahme.

Als Ursache des Semon'schen Gesetzes wird durch die Annahme einer biochemischen Differenz beide Muskelgruppen besser erklärt als durch einen Unterschied in dem numerischen Innervationsverhältniss. A. Rosenberg.

---

b) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1905.

Dundas Grant: Wahrscheinlich maligner Tumor der Kieferhöhle; zur Diagnose.

Patient, ein 44jähriger Mann, hat seit 3 Wochen einen Tumor unter der linken Orbita, der rapid gewachsen ist. In der linken Nasenhöhle zahlreiche Polypen; linke Oberkieferhöhle bei Durchleuchtung völlig dunkel. Unter Jodkali trat eine subjective Besserung ein, doch behielt der Tumor seine Grösse. Eine vom unteren Nasengang eingeführte Probepunctionsnadel ging leicht durch den Knochen hindurch und schien in eine freie Höhle einzudringen. Es wurde ferner mit einer Punctionsnadel in den Tumor zwischen Wange und Zahnfleisch eingegangen, es kam jedoch weder Eiter noch Blut hervor. Es handelt sich um die

Frage, ob ein vom Antrum ausgehender maligner Tumor oder eine gummöse Periostitis vorliegt.

Der Vorsitzende hält die Geschwulst für ein Sarkom.

Scanes Spicer schlägt vor, die Oberkieferhöhle breit zu eröffnen und sie makroskopisch und mikroskopisch zu untersuchen; im Fall es sich um einen malignen Tumor handelt, müsste die Resection des Oberkiefers gemacht werden.

Derselbe: Ein aus der Fossa supratonsillaris entspringender, wahrscheinlich cystischer gestielter Tumor.

Der Tumor wurde bei dem 68jährigen Patienten zufällig entdeckt.

Derselbe: Fall von Trauma des Kehlkopfs.

Patient ist total heiser. Man findet in der Umgebung des Larynx zahlreiche Narbenstränge, die Folge eines Selbstmordversuchs, den Pat. vor circa einem halben Jahre gemacht hatte. Ein Schnitt war damals bis auf den Schildknorpel gegangen. Es besteht jetzt eine erhebliche Schwellung der linken Larynxhälfte und ein rothes Band erstreckt sich schräg von rechts nach links und von hinten nach vorn und bedeckt einen grossen Theil des rechten und eine kleine Portion des linken Stimmbandes. Die Erstickungsanfälle, an denen Pat. leidet, scheinen rein hysterischer Natur zu sein.

Kelson: Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes bei einem 17jährigen Mädchen.

Seit 5 Jahren constatirt die Kranke eine Veränderung ihrer Stimme; seit derselben Zeit regurgirten Speisen und Flüssigkeiten durch die Nase. Es ist keinerlei Erkrankung vorausgegangen. Es besteht linksseitige Gaumensegellähmung und Lähmung des linken Stimmbandes. Kein Tremor, noch Muskelrigidität an Hals oder Beinen; leichte Reizung der Reflexe.

Havilland-Hall glaubt, dass manche Fälle sonst unerklärlicher Stimmbandlähmung auf einer Neuritis beruhen.

Dundas Grant meint, die Ursache der Lähmung habe ihren Sitz im Vagus-Accessoriuskern, jedenfalls aber oberhalb des Abgangs des Pharynxastes. Er hat bei der Patientin Nystagmus bei geschlossenen Augen, sowie Störungen beim Urinlassen constatirt. Er denkt an die Möglichkeit einer disseminirten Sklerose.

Barwell ist ebenfalls der Ansicht, dass eine centrale Erkrankung vorliegt.

Sir Felix Semon macht darauf aufmerksam, dass das Zusammentreffen von linksseitiger Gaumensegellähmung, Nystagmus und Kehlkopflähmung ein sicheres Anzeichen dafür ist, dass die Ursache der Unbeweglichkeit des Stimmbands nicht eine periphere sein kann. In Anbetracht der langen Dauer der Erkrankung muss man annehmen, dass, wenn es sich um eine Sklerose handelte, sich schon andere charakteristischere Symptome entwickelt hätten. Eine definitive Diagnose kann er bisher nicht stellen.

Fitzgerald Powell ist der Ansicht, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine periphere Neuritis handelt, als Resultat einer Toxinwirkung, Diphtherie oder Influenza.

Furniss Potter: Abnorme Hyperplasie der Tubenknorpel, die so in den Nasenrachenraum vorspringen, dass eine Behinderung der Nasenathmung resultirt.

Bei der über erschwerte Nasenathmung klagenden 16jährigen Patientin constatirte P. zwei dicke rothe Wülste, die von beiden Seiten her in den Nasenrachen hervorsprangen und den Anblick der Choanen erheblich erschwerten. Die hinteren Enden der unteren Muscheln waren noch daneben sichtbar. Die Form der Wülste, die Mündungen der Tuben, die Rosenmüller'schen Gruben berechtigten zu der Annahme, dass es sich um abnorm entwickelte Tubenknorpel handelte.

Donelan hält das Vorkommen dieser Affection für häufiger, als man glaubt. Er hat darauf geachtet und in den letzten 2—3 Jahren 6 Fälle gesehen. In keinem seiner Fälle waren adenoide Vegetationen vorhanden, mit denen das hier besprochene Vorkommniss wohl bisweilen verwechselt wird.

William Hill hat ebenfalls einen solchen Fall bei einem jungen Menschen beobachtet. Im vorliegenden Fall glaubt er, dass es sich mehr um eine entzündliche Infiltration des Gewebes der Tubenwülste, als um eine Bildungsanomalie handelt.

De Santi: 1. Maligner Tumor der Zungenbasis und Epiglottis.

Bei dem 56 jährigen Patienten findet sich ein grosses ulcerirtes Carcinom der Zungenbasis, das auf die Epiglottis, den Kehlkopf und Rachen übergegriffen hat. Drüsenschwellung; Abmagerung. S. stellt den Patienten zur Beantwortung der Frage vor, ob er noch operirt werden soll.

Sir Felix Semon hat zufälligerweise im Laufe der letzten drei Wochen Gelegenheit gehabt, drei fast identische Fälle zu sehen. Der beste Weg in diesen bezüglich der verantwortungsvollen Frage, ob operirt werden soll oder nicht, so schwierigen Fällen ist, dass man freimüthig, aber ohne Brutalität dem Kranken oder seiner Familie auseinandersetzt, welches die Chancen sind und ihnen die Entscheidung überlässt. Nichts thun ist hier identisch mit Verurtheilung zu einem sicheren baldigen und qualvollen Tode. Entschliesst man sich zur Operation, so handelt es sich um einen grossen und gefährlichen Eingriff, der an und für sich tödtlich verlaufen kann; gelingt die Operation, so besteht die Gefahr des Recidivs. Redner persönlich würde vorziehen, an der Operation zu sterben, als den langsamen und qualvollen Tod zu erleiden, wenn die Krankheit sich selbst überlassen bleibt. Im vorliegenden Fall sind die Chancen wegen des Ergriffenseins der seitlichen Rachenwand und der grossen Anzahl inficirter Drüsen sehr schlecht.

Furniss Potter hat erst gestern der Operation eines ähnlichen Falls, den er einige Tage lang beobachtet hatte und in dem der Pat. nach Darlegung aller Umstände sich zu dem Eingriff entschlossen hatte, beigewohnt. Es wurde der Tumor völlig entfernt mit Amputation der Zungenbasis, der Epiglottis und eines Theils der seitlichen Pharynxwand.

Scanes Spicer berichtet über einen Fall von Operation eines Carcinoms des Larynx, Pharynx und Oesophagus nach Gluck. Pat. starb einige Stunden darauf an Herzschwäche.

2. Sarkomatöse Geschwulst der linken Nasenhöhle.

Pat. ist in Beobachtung seit 6 Wochen. Die linke Nasenhöhle ist ausgefüllt von einem weichen, gefässreichen polypösen Tumor, der dem Septum aufsitzt. Mikroskopische Untersuchung eines Probestückchens ergab Sarkom. Es fragt sich, ob bei dem hohen Alter und der Schwäche des Patienten ein grosser Eingriff von aussen her gerechtfertigt ist.

Dundas Grant hält es für möglich, den Tumor mit dem Stück des Septums, an dem er inserirt, zu exstirpiren. Die histologische Untersuchung der Septumtumoren kann oft alle Charakteristika der Malignität haben, ohne dass es nachher zu Recidiven kommt.

Pegler glaubt, dass dies der erste der Gesellschaft vorgestellte Fall von circumscriptem Sarkom des Septums ist.

Sir Felix Semon: Ein Fall von wahrscheinlich tuberculösem Tumor der Interarytaenoidfalte bei einem 40jährigen Mann.

Es handelt sich um einen von normaler Schleimhaut überkleideten Tumor auf der rechten Seite der Interarytaenoidfalte; seiner Natur nach ist der Tumor wahrscheinlich ein Tuberculom; er unterscheidet sich durch sein Aussehen jedoch von den an dieser Stelle so häufig getroffenen tuberculösen Infiltrationen. S. räth, augenblicklich, da der Tumor keine Beschwerden macht und um nicht möglicherweise eine Infection des Larynx herbeizuführen, nichts zu machen.

Scanes Spicer: Multiple Kehlkopfpapillome bei einem 41jähr. Mann.

Die Tumoren bedecken das ganze Kehlkopfinnere und die Innenfläche der Epiglottis. Vor 15 Jahren war ein einzelnes Papillom vorhanden gewesen. Redner fragt, ob die Laryngofissur gerechtfertigt ist.

Saint-Clair hält die Affection für tuberculös.

Sir Felix Semon räth zur Operation per vias naturales.

Sitzung vom 1. December 1905.

Watson Williams: Ein Rhinolith.

Bei der betreffenden Patientin bestand seit $2^1/_2$ Jahren reichliche Absonderung aus der Nase nebst Kakosmie und Kopfschmerz. Alle diese Symptome verschwanden nach Entfernung des Rhinolithen. Dieser schien sich um einen Wattebausch als Kern gebildet zu haben. Das Concrement bestand hauptsächlich aus Calciumphosphat.

Barwell: 1. Fall von tuberculöser Ulceration der Nase.

Vor einem halben Jahre bestand bei der 29jährigen Patientin ein tuberculöses Geschwür von charakteristischem Aussehen am vorderen Theil der Scheidewand und ein anderes kleines auf der correspondirenden Stelle der äusseren Wand, sowie Granulationen an der linken mittleren Muschel. Ausgesprochene Veränderungen an den Lungen. Das Geschwür wurde täglich mit einer Mischung von

Milchsäure, Formalin und Carbolsäure geätzt. Nach 4 Monaten war das Geschwür geheilt; es ist nur eine weiche Narbe am Septum geblieben.

Saint-Clair Thomson erörtert die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose zwischen Lupus und Tuberculose der Nase. Er bekennt sich zu der von Escat ausgesprochenen Ansicht, dass der Lupus die einzige Form von Tuberculose darstellt, der man in der Nase begegnet.

2. Ein Fall von geheiltem Lupus des Kehlkopfs und der Uvula.

Patientin, ein 15jähriges Mädchen, wurde zuerst im März 1905 gesehen; die Epiglottis war geschwollen und charakteristische Knötchen bestanden längs der ary-epiglottischen Falten. Die Stimmbänder waren geröthet und ulcerirt; die Uvula war ebenfalls afficirt. Patientin besserte sich im Krankenhause unter Arsenbehandlung derart, dass von der ursprünglich geplanten Localbehandlung abgesehen werden konnte. Die Knötchen sind meist ohne Ulceration verschwunden und es ist eine Narbenbildung zurückgeblieben.

De Santi: Fall von syphilitischen Granulomen und Stenose des Larynx.

Patient wurde im November 1902 mit Heiserkeit, geringem Schmerz und erschwerter Athmung vorgestellt. Es bestand damals ein grosser Tumor auf dem linken Stimmband und eine narbige Veränderungen zeigende Geschwulstbildung an der hinteren Larynxwand. Als einige Monate später die Athembeschwerden grösser wurden, gab Patient seine Zustimmung zu einer Laryngofissur. Es wurde der Tumor des Stimmbandes und die Narbenmassen an der hinteren Kehlkopfwand entfernt. Patient befindet sich heute ausgezeichnet: die Stimme ist sehr deutlich, die Athmung frei. Der Tumor hatte die Grösse einer kleinen Nuss und war aus sehr hartem fibrösen Gewebe zusammengesetzt. Es handelte sich um syphilitische Granulome, bei denen de Santi die Laryngofissur für angebracht hält. In allen von ihm operirten Fällen waren die Resultate gut.

Brown Kelly: Sklerotische Hyperplasie des Rachens und Nasenrachens.

Im August 1899 wurde Patient dem Redner wegen Hypertrophie der Uvula zugeschickt. Ausserdem fand man an beiden seitlichen Rachenwänden je einen breiten vorspringenden Strang, der sich nach oben in den Nasenrachen erstreckt. Nach Abtragung der colossal verdickten Uvula konnte man mittels der Rhinoskopia posterior constatiren, dass der Nasenrachenraum zum Theil infolge der Verdickung des Gaumensegels, zum Theil wegen der oben erwähnten, sich nach oben fortsetzenden Stränge an der seitlichen Pharynxwand erheblich in seinem Volumen reducirt war. Man konnte auch feststellen, dass diese Stränge sich nach unten bis zum Kehlkopf erstreckten und die Aryknorpel sowie den hinteren Theil der Stimmbänder überragten. Das hyperplasirte Gewebe sah blass aus und war von fester Consistenz. Nach Abtragung des grössten Theils der Uvula fühlte sich Patient als geheilt. Nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um eine chronische Hyperplasie des interstitiellen Gewebes ohne Tendenz zur Degeneration und ohne Befund von specifischen Mikroorganismen.

Peters: Fall von chronischer Pharyngitis mit Polyp der Uvula.
Es handelte sich um ein Papillom.

William Hill: Nasenpolyp und Empyem bei einem Patienten mit langdauernder Rhinitis atrophicans.

E. B. Waggett.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Januar 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. Onodi: Der häutige Antheil des mittleren Nasenganges (anatomische Präparate).

Die von Zuckerkandl als Fontanellen bezeichneten häutigen Stellen des mittleren Nasenganges können nach den Untersuchungen Onodi's verschiedene Ausdehnung haben: die hinter dem Processus uncinatus sich befindende hintere Fontanelle kann 1—15 mm lang, 1—12 mm hoch sein; die oberhalb des Proc. uncinatus befindliche 5—17 mm lang, 2—5 mm hoch; die unterhalb des Proc. uncinatus hinten liegende 3—20 mm lang, 3—15 mm hoch; die unterhalb des Hiatus semilunaris vorn liegende 1—16 mm lang, 1—6 mm hoch sein. In einem Falle war unter dem Proc. uncinatus eine 31 mm lange und 10 mm hohe Fontanelle vorhanden. In 3 Fällen beobachtete O. eine knöcherne Wand im mittleren Nasengange.

2. Onodi: Primäre Tuberculose der Nasenscheidewand.

Das klinische Bild sprach für ein Carcinom. Der erkrankte Theil wurde mittels temporärer Aufklappung des Nasenrückens entfernt. Die mikroskopische Untersuchung hat Tuberculose der Nasenscheidewand nachgewiesen. Uebrigens war bei dem 60jährigen Manne kein anderes Symptom der Tuberculose.

3. Onodi: Neuere rhinologische Instrumente.

Demonstrirt verschiedene von ihm construirte Conchotome für die untere und mittlere Muschel. — Ferner zeigt er seine Kieferhöhlenstanze, welche das Princip des Troicarts und der Knochenstanze vereinigt.

4. Polyák: Ein neuer Inhalationsapparat zum gleichzeitigen Einathmen zerstäubter Lösungen und ätherischer Substanzen.

Der Wasserkessel des Siegle'schen Apparates wird in 2 Theile getheilt; in den äusseren kommen die ätherischen Stoffe; von hier führt eine Röhre bis zum Zerstäuber, wo die ätherischen Dämpfe sich mit der zerstäubten Flüssigkeit mischen.

5. Polyák: Ueber die Anwendung der Bier'schen Stauungshyperämie bei Krankheiten der oberen Luftwege.

Die Stauungshyperämie wurde mit Hülfe einer tief unten am Halse angelegten Gummibinde hervorgerufen. P. berichtet über 5 Fälle: 1. Acutes Empyem

der Kieferhöhle, in 12 Tagen geheilt. 2. Acutes Empyem beider Kieferhöhlen, Eiterung der linksseitigen Siebbeinzellen, in 10 Tagen geheilt. 3. Tonsillitis pseudomembranacea (Angina Vincenti), in 2 Tagen geheilt. 4. Tonsillitis acuta; die Schmerzen haben sofort aufgehört. 5. Tuberculöse Perichondritis des Kehlkopfes mit Stenose, Tracheotomie vor 3 Monaten. Die Schmerzen, welche Dysphagie verursachten, wurden sofort gelinder, die entzündlichen Erscheinungen nahmen ab.

6. Lipscher: Fall von Kehlkopf- und Trachealstenose; Tracheotomie; Intubation.

Obere Partien des Kehlkopfes, Nase, Rachen bieten nichts Abnormes; unter den Stimmbändern ist ein unebener, mit trockenen Krusten bedeckter, diaphragmaartiger, circulärer Wulst sichtbar, in dessen Mitte sich eine geringe Oeffnung befindet; Lungenbefund normal. Wegen erschwerter Athmung Tracheotomie. Nach zwei Wochen Intubation bis Tubus No. 17; das subglottische Diaphragma schwand langsam und war nunmehr ein geringer Rest an der vorderen Trachealwand sichtbar. Die Canule wurde dauernd entfernt; Patientin athmet frei, Stimme normal.

7. Zwillinger: Modificirte Curette für den Nasenrachenraum.

Demonstrirt eine Curette eigener Construction; sie stellt eine Combination der Beckmann'schen Curette mit einer Auffangevorrichtung, einem Löffel für die abgehobelten Adenoide vor.

Sitzung vom 27. Februar 1906.

1. Baumgarten: Haemangioma tonsillae et linguae.

Das Haemangiom verdeckt die ganze rechte Tonsille, verbreitet sich bis zur Mitte der Zunge und auf die hinteren Randtheile derselben und geht nach hinten auf den Zungengrund über, stellenweise einzelne Inseln freilassend. Es bestanden Blutungen, auf welche Tonogenum suprarenale günstig einwirkte.

3. Baumgarten: Ein Fall von Lupus des Kehlkopfes.

Bei einem 22jährigen Mädchen ist das ganze linke Stimmband infiltrirt und zeigt an seiner Oberfläche gräuliche, stecknadelkopfgrosse Knötchen; Patientin hat auch auf der linken Hand ein ausgedehntes lupöses Infiltrat. Durch Milchsäurepinselungen zusehende Besserung.

4. Zwillinger: Fixirbarer Nasenspiegel.

Demonstrirt ein sehr practisches Nasenspeculum eigener Construction, welches nach dem System der Lidöffner construirt ist; dasselbe stützt sich mit einem nach unten verlängerten und einem queren, daran verschiebbaren Arme auf das Kinn; die beiden federnden Branchen können mit verschiebbarer Metallöse einander genähert und die Spannung herabgesetzt werden. Der Preis ist sehr mässig.

v. Navratil.

---

d) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XVII. Sitzung vom 26. November 1905 in Köln.

Anwesend 41 Mitglieder.

Bei der Vorstandswahl wurde an Stelle des im Turnus ausscheidenden I. Vorsitzenden Hansberg (Dortmund) Keller (Köln) gewählt.

I. Bernhard (Köln) demonstrirt die obere Tracheo- und Bronchoskopie nach Killian an einer Patientin und berichtet über einen von ihm an der Schrötter'schen Klinik in Wien beobachteten Fall von luetischen Ulcerationen in der Gegend der Bifurcation. Ein Tumor in der Gegend der linken Clavicula, kachectisches Aussehen und stenotische Beschwerden hatten die Vermuthung, es handle sich um ein Sarkom, nahegelegt, bis durch Bronchoskopie die Diagnose Lues gestellt werden konnte.

II. Löhnberg (Hamm): Ueber die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Gaumendehnung nach Schroeder (Cassel).

Die von Eysell vorgeschlagene und von Schroeder ausgebaute Methode beruht auf der Anlegung eines Extensionsapparates, der, den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers anliegend, vermittelst einer Dehnungsschraube eine Abflachung des Gaumengewölbes bewirken soll. L. hat die günstige Einwirkung dieses Verfahrens an einem entsprechenden Fall genau beobachtet und hält dasselbe in Fällen von „hohem Gaumen“, bei welchen Adeno- und Tonsillotomie ohne Erfolg blieben, für empfehlenswerth. (NB. Das Verfahren wurde auf der letzten Versammlung der süddeutschen Laryngologen in Heidelberg von Schroeder selbst demonstrirt.)

Discusssion:

Vohsen (Frankfurt) ist der Auffassung, dass bei dem angewandten Schroeder'schen Verfahren die Dehnung des Kiefers ausschliesslich eine Auswärtsdrängung der Alveolarfortsätze sei.

Pröbsting (Wiesbaden) hält die Methode zur Nachprüfung für empfehlenswerth und hat in einem Falle von Spitzgaumen und behinderter Nasenathmung mit vorstehenden oberen Schneidezähnen einen günstigen Erfolg von Correctur der Zahnstellung gesehen.

Blumenfeld (Wiesbaden) glaubt, dass die eventuellen Erfolge des Schroeder'schen Verfahrens auf die Mundathmung darauf zurückzuführen seien, dass die Patienten durch die Verbesserung ihrer abnormen Zahnstellung den Mund schliessen könnten.

Löhnberg betont im Schlusswort, dass durch das Schroeder'sche Verfahren in der That eine Dehnung des ganzen Gaumengewölbes erzielt werden könne.

III. Kronenberg (Solingen): Ueber einen nach besonderer Methode aus der Nase entfernten Fremdkörper.

Es handelt sich um eine sogenannte Schleufe, einen gebogenen Drahtstift mit geschärften Enden, der ungefähr die Form einer ganz kurzen Haarnadel hat.

Diesen Fremdkörper hatte sich ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind in die rechte Nasenseite gezwängt, die Umbiegungsstelle nach hinten, die spitzen Enden nach vorn. Den nicht biegsamen Fremdkörper nach vorn zu entfernen war nicht möglich, da sich beim Versuche die obere Branche in den Nasenrücken, die untere in den Nasenboden bohrte. Es blieb also nur übrig, die Schleufe durch den Nasenrachenraum zu entfernen. Zu diesem Zwecke wurde zunächst nach Cocainisirung eine Schlinge mit einer schlanken Heymann'schen Zange über die untere Branche der Schleufe gelegt und mit einer Sonde nach hinten geschoben. Hierauf wurde am Fremdkörper vorbei ein dünnes Bougie in den Rachen zum Mund herausgeführt, ein Faden daran befestigt, das eine Ende desselben mit dem Bougie zurückgezogen und mit der zuerst angebrachten Schlinge verknüpft. Nunmehr gelang es leicht, an dem anderen Ende des Fadens den Fremdkörper zum Munde herauszuziehen.

Discussion:

Fabian (Mülheim a. d. Ruhr) hat einen ähnlichen Fremdkörper aus dem Larynx eines Kindes mittelst Laryngotomie entfernt.

Reinhard (Köln) demonstrirt eine Hartgummi-Prothese, welche er bei einem an Highmorshöhlen-Empyem leidenden Patienten, der von der Fossa canina aus operirt wurde, in der Oberkieferhöhle fand.

C. Schmidt (Düsseldorf) berichtet über einen Fall von Fremdkörper (kleine Erbse) in der Highmorshöhle, der bei der ersten Ausspülung nach Anbohrung von der Alveole aus sich in der Spülflüssigkeit zeigte. Patient gab an, nach Genuss eines Erbsengerichts sich erbrochen zu haben und soll die Erbse durch das Infundibulum in die Highmorshöhle gepresst sein (?). Ferner bespricht S. einen Fall von Verlagerung der linken Nasenhälfte und Nebenhöhleneiterungen, deren Ursache ein Nasenstein war, welcher sich um einen Kirschkern gebildet hatte.

IV. Keller (Köln): Ueber Entwickelung fötaler Knorpelreste in Nase und Ohr.

Demonstration eines Osteoms der Nase und Besprechung der Siebenmann-schen und Körner'schen Untersuchungen und Theorien über die Entstehung der Otosklerose.

V. Lieven (Aachen): a) Beitrag zur Kenntniss der gummösen Nasensyphilis.

Der Vortrag erscheint in Max Joseph's Dermatologischem Centralblatt.

b) Fall von Arrosion der Arteria vertebralis durch ein Rachengeschwür bei Lues maligna.

Bei einem 35jährigen Patienten (Potator) zeigte sich 8 Monate post infectionem totaler ulceröser Zerfall der rechten Gaumenmandel und Fortsetzung des Geschwürs auf die hintere Rachenwand. In der Gegend der Plica salpingo-pharyngea wurde ein tiefes markstückgrosses Geschwür festgestellt, das bis auf die Wirbelsäule reichte. Alle therapeutischen Maassnahmen (Quecksilber, Jodkali, Kalomelinjectionen, Zittmann) sowie energische Localbehandlung blieben erfolglos. Nach circa 2monatlicher Behandlung war der Patient zum Skelett abgemagert, es traten Schwindelerscheinungen und rechtsseitige Abducenslähmung (Embolie) auf, bis plötzlich unter starkem Bluterguss aus der Ulceration der Exitus eintrat.

VI. Hansberg (Dortmund): Zur Operation der typischen Nasenrachenfibrome.

H. berichtet über 4 Fälle, von denen im ersten die Kuhn'sche Zange, in den drei anderen eine von Schäffer construirte Nasenzange angewendet wurde. Bei diesen gelang es, im ersten in 5, in den drei übrigen in 3 Sitzungen die Geschwülste vollkommen zu entfernen. Es wurde bimanuell (Einführen des Zeigefingers der linken Hand in den Nasenrachen) operirt und trat nur in einem Falle erhebliche Blutung ein. Ein bei einem Patienten auftretendes Recidiv konnte in einer Sitzung leicht entfernt werden.

Discussion:

Hopmann II erwähnt die 1886 von Hopmann sen. zuerst angewandte Methode, bei der nach Anlegung des Velitractors bei hängendem Kopfe die Geschwulst umschnitten und abgehebelt wird.

Marx (Witten) glaubt, dass durch Anwendung von Nebennierenpräparaten die Blutungen wesentlich einzuschränken seien; bei einem entsprechenden Falle gelang es, zunächst eine Probeexcision unblutig auszuführen.

Neuenborn (Crefeld) hat im Anfang des Jahres ein grosses Fibrosarkom des Nasenrachens nach der Hopmann'schen Methode und mit Anwendung von Adrenalin ohne grössere Blutung operirt. Auch bei der Killian'schen Radicaloperation der Stirnhöhle hat N. das Adrenalin mit gutem Erfolge (bei Unterlassung der hinteren Tamponade) angewandt.

Moses (Köln) erwähnt die seiner Zeit von Schmithuisen (Aachen) angegebene combinirte Anwendung von Elektrolyse und Galvanokaustik. M. hat in zwei Fällen mit Elektrolyse gute Resultate erzielt und hält die Methode bei Anämischen, bei Blutern, sowie in Fällen, in denen Narkose nicht angezeigt ist, für durchaus empfehlenswerth.

Lieven (Aachen) spricht sich für Anwendung von Cocain und Adrenalin aus.

Reipen (Siegen) empfiehlt zur Vermeidung starker Blutungen Operation in halbsitzender Stellung und leichter Morphium-Chloroform-Narkose.

Vohsen, Kronenberg, Rumler. Moses (Köln).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, October. 1906. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege, Medicamente.

1) **E. v. Navratil. Die Rolle der ungar. med. Zeitung „Orvosi hetilap“ in der Entwickelung der practischen Rhino-Laryngologie.** *Orvosi hetilap. No. 1. 1906.*

Nach einer eingehenden Würdigung der Verdienste Czermak's, welchen N. als denjenigen bezeichnet, der mit Inanspruchnahme künstlichen Lichtes (Moderateur-Lampe) zuerst an sich, dann an Kehlkopfkranken die Laryngoskopie practisch verwerthete, hebt N. den Antheil hervor, den das ungarische medic. Wochenblatt „Orvosi hetilap“ an der Verbreitung der practischen Rhino-Laryngologie nahm. Folgen die von Balasso, Bókai, Hirschler, Pollák und Tóth in den Jahren 1858, 1859, 1860 an Czermak zur Bespiegelung und zur Feststellung der Diagnose gewiesenen Fälle.

v. NAVRATIL.

2) **G. G. Sangster** (Süd-Australien). **Ein Fall von abgeschnittenem Hals. (A case of cut throat.)** *Australasian Medical Gazette. Mai 1905.*

Der 34jährige Patient hat 6 Wochen, bevor er in Behandlung kam, einen Versuch gemacht, sich den Hals abzuschneiden. Die Wunde erstreckte sich von einem Sternocleido-Mastoideus bis zum andern durch das Spatium thyreo-hyoideum. Die lateralen Theile dieser Wunde waren geheilt; im Centrum war eine Fistel, in der man die durchschnittenen Enden der Epiglottis, das Kehlkopfinnere und die Hinterwand des Pharynx sehen konnte. Beim Versuch, zu schlucken, floss die Flüssigkeit aus der Oeffnung; die Stimme war nur ein Flüstern. Unter Aethernarkose wurde tracheotomirt und der Larynx tamponirt. Dann Naht der durchtrennten Theile mit Catgut. Nach Heilung der Operationswunde konnte Patient ohne Schwierigkeit schlucken und sprechen.

A. J. BRADY.

3) **Sir William Bennett** (London). **Eine klinische Vorlesung über drei Tumoren des äusseren Halses. (A clinical lecture on three cases of tumours of the neck.)** *The Clinical Journal. London. Vol. XXVIII. p. 130.*

Verf. beschreibt: 1. einen fluctuirenden submaxillaren Tumor bei einem 17jährigen Mädchen; er giebt dabei eine sorgfältige Unterscheidung zwischen tuberculösen und anderen Drüsenabscessen und Cysten des Halses. 2. Einen

Schilddrüsentumor. Es schien sich um ein cystisches Adenom zu handeln. Für die Operation zieht Verf. eine schräge Incision der horizontalen vor. Er bespricht besonders ausführlich die Behandlung der Blutung während der Operation. Fieber und Tachykardie nach der Operation sind keine sicheren Anzeichen für Sepsis, da diese Symptome auch mit der Function der Schilddrüse in Zusammenhang stehen können. 3. Ein augenscheinlich fluctuirender Tumor über der Parotis. Der Tumor trat secundär zu einem Carcinom der Tonsille hinzu. Der Fall war zur Operation nicht geeignet.

JAMES DONELAN.

4) **Henry T. Barnes. Der Einfluss von Bodenfeuchtigkeit und Klima auf die Krankheiten der Respirationsorgane. (The influence of dampness of soil and climate on the diseases of respiration.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Mai 1906.*

B. giebt eine Uebersicht über die Literatur des Themas nebst statistischen Tabellen. Er kommt zu dem Ergebniss, dass ein Einfluss des Klimas auf die Entstehung von Krankheiten der Respirationswege sehr zweifelhaft ist, dass dagegen die trockene warme Luft, die wir durch die Heizung im Winter schaffen, einen Factor für die Entstehung solcher Krankheiten in dieser Jahreszeit bildet.

LEFFERTS.

5) **Polyák. Ueber Anwendung des Bier'schen Verfahrens bei Krankheiten der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 7.*

Verf. beschreibt 5 Fälle, in welchen er durch Anwendung des Bier'schen Verfahrens Erfolg erzielte. Fall I betraf ein Empyem der Highmorshöhle, welches durch den mittleren Nasengang mittelst Troicart eröffnet als geheilt galt; nach einem Halbjahr Recidive; bei Anwendung des genannten Verfahrens Verschwinden sämmtlicher Erscheinungen in 12 Tagen. Fall II: Beiderseitiges Empyem der Highmorshöhlen, complicirt mit Empyem der linksseitigen Siebbeinzellen. Vollständig geheilt. Fall III: Tonsillitis membranacea. Kurz nach Anlegen der Bier-schen Binde schwanden die Schmerzen, das Schlucken wurde schmerzlos; die Krankheit verlief rasch. Fall IV: Tonsillitis acuta; rascher Verlauf. Fall V: Perichondritis tubercul. laryngis mit Stenose; Tracheotomie. Die Schluckbeschwerden wurden bedeutend geringer, die Stimme reiner und kräftiger.

v. NAVRATIL.

6) **Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die Balneotherapie bei den Erkrankungen der Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22 u. 23. 1905.*

Der Vortrag wurde auf dem Balneologen-Congress 1905 gehalten und bespricht besonders für diesen Zuhörerkreis die Balneotherapie der einzelnen Erkrankungen der oberen Luftwege. Der Autor weist besonders auf die Erfolge der Winterkuren (z. B. bei recidivirendem Katarrh der feinen Bronchien: St. Moritz-Hochgebirge) hin und möchte solche Kuren auch mehr für andere Badeorte eingeführt wissen. Erwähnt sei hier auch die empfohlene günstige Wirkung der Glaubersalzwässer bei Unterlappenkatarrhen in Fällen von Plethora, Fettsucht, wo der Verf. ätiologisch oft durch Röntgendurchleuchtung eine rein mechanische Behinderung der Zwerchfellexcursionen durch den aufgetriebenen Leib beobachtet.

konnte. Bezüglich des Asthma nervosum ist Verf. der Ansicht, dass meist eine locale Reizstelle in der Nase zu finden sei, und dass nur die radikalste operative Therapie erfolgreich wäre, die sich zum Ziel gesteckt hat, „die beiden Nasenwände soweit auseinander zu rücken, dass sie unter keinen Umständen mehr miteinander in Berührung kommen können“.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **Gernsheimer** (Mannheim). **Eine neue Inhalationsvorrichtung.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Der für Krankensäle bestimmte Spray-Apparat für alkalische Lösungen wird an die Dampfleitung angeschlossen und lässt sich mit geringen Kosten anbringen. Der Apparat ist eingehend beschrieben und durch Abbildung illustrirt.

HECHT.

8) **J. Thanisch** (München). **Inhalationspfeife zur Verdampfung ätherischer Oele.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1905.*

Die ganz aus Glas gefertigte, handliche Inhalationspfeife ist in der Arbeit abgebildet, die Technik eingehend beschrieben.

HECHT

9) **Heryng** (Warschau). **Ueber eine neue Inhalationsmethode.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 12. 1905.*

Demonstration eines Inhalationsapparates, der durch erhöhten Dampfdruck die nöthige feine Verstäubung erzielt. Temperaturdifferenzen des Inhalationsstromes von 30⁰ sind erzielbar durch eine verstellbare Vorrichtung, die verschiedene Quantitäten kühler Aussenluft zutreten lässt. Durch ein besonderes Rohr kann eine Temperaturerhöhung stattfinden, wodurch Medikamente in Dampfform übergeführt werden. Der Vortr. weist darauf hin, dass durch den Spray die gute Resorptionsfähigkeit der Lungen zur Einverleibung von Medicamenten ausgenutzt werden können.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **W. Erb jun. Experimentelle und histologische Studie über Arterienerkrankung nach Adrenalininjectionen.** *Archiv f. exper. Pathol. Bd. LIII. Heft 3. S. 173.*

Verf. hat im Anschluss an die Untersuchungen von Josué (La presse médicale 1903) sowie von B. Fischer und v. Rzentkowski (Münchener med. Wochenschrift 1905 und Berliner klin. Wochenschr. 1904) die Veränderungen der Arterienwandung durch Adrenalininjection studirt.

Er findet bei Kaninchen, die mehrere Wochen 0,1—1 ccm Adrenalin (1:1000) erhielten, eine Erkrankung hauptsächlich der Aorta, die mit der menschlichen Arteriosklerose, mit der primären Sklerose (Wandverdickung durch Intimawucherung) und der Atherombildung (degenerative Processe mit Höhlenbildung) nicht identisch ist; sie kann dagegen mit der beim Menschen beobachteten Mediaverkalkung der grossen Arterien der Extremitäten (Marchand, Mönckeberg) verglichen werden. Die Aortaerkrankung wird wahrscheinlich hervorgerufen durch eine directe Giftwirkung auf die glatten Muskelzellen der Gefässwand.

J. KATZENSTEIN.

11) **M. Laub** (Wien). **Ueber die Wirkung einiger dem Adrenalin verwandter Ketonbasen in der rhinologischen Praxis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 19.*

Die Ketonbasen, speciell das Aethylaminoacetobrenzkatechin, haben sich in der laryngo-rhinologischen Praxis nach den Beobachtungen des Autors als gleich wirksam erwiesen wie die Nebennierenpräparate. CHIARI-HANSZEL.

12) **Finder** (Berlin). **Locale Anaesthetica und Analgetica — Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Zusammenfassende Darstellung über die in der Rhino-Laryngologie benutzten localen Anästhetica und Analgetica (Cocain, Eucain B., Adrenalin, Suprarenin. Yohimbin, Stovain, Orthoform, Anaesthesin, Menthol, Heroin), sowie über Therapie der Ozaena (Schleimhautmassage, Elektrolyse, Paraffininjectionen) und Beziehungen derselben zur Lungentuberculose. ALBANUS (ZARNIKO).

13) **E. Baumgarten.** **Das Alypin in der Rhino-Laryngologie.** *„Gegészet" Rhino-laryng. Beilage der „Budapesti Orvosi Ujság". No. 1. 1906.*

Verf. berichtet über 12 Fälle verschiedenster Art, in welchen 3—4 mal wiederholtes Pinseln mit 10proc. Alypinlösungen Anästhesie erzeugte. B. resumirt seine Erfahrungen in Folgendem: Das Alypin anästhesirt in 10proc. Lösungen meistens gleich Cocain; dasselbe verursacht im Anfange der Wirkung eine geringe Hyperämie, welche aber nach 1—2 Minuten verschwindet, aber keiner Ischämie Platz macht; die Blutung ist stärker als bei Cocain, aber nicht bedeutender als ohne Anwendung von Anästheticis; die Schluckbeschwerden sind nicht so unangenehm als nach Pinselungen mit Cocain. v. NAVRATIL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Jerusalem** und **Falkner.** **Ueber Wehen und Wehenschmerz und deren Beziehungen zur Nase.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1906.*

Frauen, die an Dysmenorrhoe leiden, haben ceteris paribus in der Eröffnungsperiode der Geburt mehr Schmerzen als Frauen mit normaler Menstruation. Dieses Plus kann durch Pinselung der unteren Nasenmuscheln und der Tubercula sept. mit Cocain oder Adrenalin coupirt werden. Die Wehenthätigkeit wird dadurch nicht beeinflusst. Suggestion ist nicht sicher auszuschliessen. CHIARI.

15) **Notiz des Herausgebers.** **Die Nase in ihren Beziehungen zu den Geschlechtsorganen. (The nose in its relation to the sexual organs.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1906.*

Der Artikel ist ein kritisches Referat der Veröffentlichung von Jerusalem und Falkner (Wiener klin. Wochenschrift, 1906, No. 15). Die Unsicherheit der Resultate rechtfertigt nach Ansicht des Verf. nicht die Anwendung der von den obengenannten Autoren empfohlenen Maassnahmen zur Unterstützung der Geburtsarbeit; jedoch besteht scheinbar in der That die Möglichkeit, die Heftigkeit der Wehenschmerzen von der Nase aus zu beeinflussen. LEFFERTS.

16) **Baumgarten. Acute Augenkrankheiten infolge acuter Nasenerkrankungen.** *Orvosi Hetilap. No. 1.*

I. Im Anschlusse an Influenza tritt linkerseits starkes Oedem der Augenlider und Exophthalmus auf; auf derselben Seite starke Schwellung der mittleren Muschel, seröser Ausfluss. Nach Resection des Vorderendes dieser Muschel und Ausräumung der Siebbeinzellen verschwanden die Augensymptome. II. u. III. Starke Schwellung des rechten Auges, so dass dasselbe nicht geöffnet werden kann; am Septum grauweisses, speckiges, hellergrosses Geschwür. Nach Jodkali Verschwinden aller Symptome. IV. Paresis recti int. et obliqui inf. lat. dextri. Bei der Sondirung des Sinus sphenoidalis entleert sich blutig-seröses Secret und es wird constatirt, dass die Augenmuskellähmungen sofort aufhörten. V. Grosse Schmerzen in der Supraorbitalgegend; am Vorderende der mittleren Muschel erbsengrosse Blase mit eitrigem Inhalte; nach Eröffnung derselben hörten die Schmerzen sofort auf.

v. NAVRATIL.

17) **Decros. Recidivirendes Gesichtserysipel nasalen Ursprungs auf dem Wege des Thränencanals. (Erysipèle de la face à répétitions d'origine nasale avec propagation par les voies lacrymales.)** *Journ. des soc. méd. de Lille. December 1904.*

Aus der Nase des betreffenden Patienten konnten Streptokokkenculturen gewonnen werden.

A. CARTAZ.

18) **Teofil Zalewski** (Lemberg). **Ein Fall von Schädeleiterung nasalen Ursprungs.** *Wiener klin.-therap. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Es bestand eine Schädeleiterung auf der horizontalen Siebbeinplatte, die zu einer Polypenbildung im Naseninneren und in weiterer Folge zur Fistelbildung unter dem linken Stirnhöcker geführt hat. Nach Freilegung des Krankheitsherdes konnte man sich überzeugen, dass die Dura an mehreren Stellen durchlöchert und von Eiter umspült war; das Gehirn pulsirte deutlich. Patientin wurde vollständig geheilt.

CHIARI-HANSZEL.

19) **Weichselbaum** und **Ghon** (Wien). **Der Micrococcus meningitidis cerebrospinalis als Erreger von Endocarditis, sowie sein Vorkommen in der Nasenhöhle Gesunder und Kranker.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Die Untersuchungen des Nasensecretes bei Meningitis cerebrospinalis ergeben das häufige Vorhandensein des Micrococcus mening. cerebrosp. Die Entzündung der Nasen-Rachenhöhle müsse als jener Process angesehen werden, durch dessen Producte der Micrococcus meningitidis cerebrospinalis hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich, auf andere Menschen übertragen wird. Aber auch im Nasensecrete ganz gesunder Personen ohne merkliche Entzündung der Nase oder des Nasenrachenraumes fand sich genannter Micrococcus vor. Anregung zu weiteren diesbezüglichen Untersuchungen.

CHIARI-HANSZEL.

20) **Herzfeld** (Berlin). **Ueber Meningo-Encephalitis serosa nasalen Ursprungs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Nachdem bei einem 39jährigen Patienten wegen rechtsseitiger Stirnhöhleneiterung die Radicaloperation nach Kuhnt vorgenommen, traten nach einem

halben Jahre in der Operationsnarbe Schmerzen auf. In beiden Nasenhöhlen wurde Eiter, aus den Stirnhöhlen kommend, festgestellt; daraufhin Freilegung der Stirnhöhlen: links sulzige Entartung der Schleimhaut, rechts ein Defect der Tabula interna, in den sich die Dura vorwölbt. Nach Incision in dieselbe entleert sich Cerebrospinalflüssigkeit in stark pulsirendem Strom. An demselben Tage noch viermal Verbandwechsel wegen Durchnässung des Verbandes. Vollkommenes Wohlbefinden, gute Heilung danach, bis plötzlich 13 Tage später Patient mitten im besten Wohlbefinden unter Convulsionen benommen vom Stuhl fällt, Temperatur 36,5, Puls 75. Noch am Abend Trepanation auf den rechten Stirnlappen: Dura vorgewölbt, hyperämisch. Durch Incision in dieselbe und in den Stirnlappen Entleerung reichlicher Mengen blutig-wässeriger Flüssigkeit, kein Eiter. Danach vollkommenes Wohlbefinden. Heilung. Leider wurde der Augenhintergrund nicht beobachtet.

Anschliessend an den Fall theilt Verf. mit, dass er unter 42 eröffneten Stirnhöhlen dreimal einen Defect in der Tabula interna fand.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **M. E. Goodwin** und **A. D. von Sholly. Häufiges Vorkommen von Meningokokken in den Nasenhöhlen von Meningitiskranken und von Personen, die mit solchen in directer Berührung sind. (Frequent occurrence of meningococci in the nasal cavities of meningitis patients and of those in direct contact with them.)** *Journal of infectious diseases. Chicago. Februar 1906.*

Verff. isolirten aus dem Nasenschleim bei 50 pCt. der Meningitiskranken in den beiden ersten Wochen der Erkrankung Meningokokken und bei ungefähr 10 pCt. der Personen, die mit jenen in nahe Berührung kamen. Die Meningokokken waren häufig in grosser Menge vorhanden. Von gesunden Studenten gewonnene Culturen waren in Bezug auf Pathogenität und culturelles Verhalten den Meningokokken ähnlich; sie hatten jedoch nicht dieselben agglutinirenden Eigenschaften. Aus seinen Untersuchungen folgert Verf. die Wichtigkeit der Isolation von Kranken mit Cerebrospinalmeningitis, wenigstens in den Frühstadien der Krankheit.

EMIL MAYER.

22) **Notiz des Herausgebers. Vorkommen von Meningokokken in den Nasenhöhlen. (Occurrence of meningococci in the nasal cavities.)** *Journal of the American Medical Association. 19. Mai 1906.*

Kritisches Referat über die Ergebnisse der Untersuchungen von Goodwin und von Sholly.

Es besteht eine mehr minder directe Verbindung zwischen den Lymphräumen der Nasenschleimhaut und den Gehirnhäuten; auf diesem Wege findet wahrscheinlich die Infection statt. Es ist auch möglich, dass die Mikroorganismen von der Nasenschleimhaut aus in den allgemeinen Blutlauf übergehen und später in den Hirnhäuten localisirt werden. Eine andere Möglichkeit ist, dass der Meningococcus aus dem circulirenden Blut auf die Nasenschleimhaut deponirt wird und so nach aussen gelangt. Wo sich Gelegenheit bietet, sollte die Nase und auch der Hals auf das Vorhandensein von Meningokokken untersucht werden.

EMIL MAYER.

23) **Dollinger. Nasenplastik nach italienischer Methode.** *Orvosi Hetilap. No. 11.*

Diese Methode wird in solchen Fällen ausgeübt, wo der Defect so gross ist, dass die beiden benachbarten Gesichtstheile zur Deckung nicht ausreichen und andere Körpertheile, namentlich die oberen Extremitäten in Anspruch genommen werden. In letzterer Zeit wurden auf der Klinik D.'s zwei derartige Operationen ausgeführt, die eine bei einem Naevus, welcher beinahe die ganze rechte Gesichtshälfte bedeckte; im anderen Falle wurde dem Kranken ein grosses Stück der knorpeligen Nase abgebissen. Der Vorderarm war zwei Wochen hindurch an die Nase genäht. Der Erfolg sehr gut.

v. NAVRATIL.

24) **Robert Abbe. Plastische Operation an der Nase. (Plastic-operation on the nose.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1906.*

Es handelte sich um eine traumatische Sattelnase. Die Operation bestand darin, das nach einem von der Nase genommenen Gipsabguss ein dünnes auf den Defect passendes Plättchen von rothem Vulcanit, wie es die Zahnärzte für Zahnplatten benutzen, zurechtgeschnitten wurde. Dieses Plättchen wurde dann mittels einer lateralen Incision unter die Haut gebracht. Diese Operation wurde vor 7 Jahren gemacht, das Vulcanit hat sich nicht verändert, die Narbe ist fast unsichtbar. Die Form der Nase ist völlig normal.

LEFFERTS.

25) **Jacques Joseph** (Berlin). **Weiteres über Nasenverkleinerungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1905.*

Discussion zu einem Vortrage des Autors in der Berliner med. Gesellschaft (10. Mai 1905), in welchem dieser kurze Angaben über das von ihm geübte originelle Verfahren macht.

ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Rohmer. Ueber Augencomplicationen nach prothetischen Injectionen von Paraffin in die Nase. (Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans le nez.)** *Revue méd. de l'Est. 7. September 1905.*

R. hat das Auge einer Patientin untersucht, die im unmittelbaren Anschluss an eine Paraffininjection erblindet war. Es bestand eine Einsenkung der Nase infolge Syphilis. Ihr Arzt hatte ihr im Laufe von zwei oder drei Wochen fünf Paraffininjectionen gemacht. Bei der letzten Injection trat ein heftiger Schmerz im linken Auge auf, sowie Verlust des Sehvermögens. Es handelte sich in diesem Falle um eine Thrombose der Vena angularis an der Stelle ihrer Einmündung in die Vena centralis.

A. CARTAZ.

27) **Uhthoff** (Breslau). **Ueber Schädigungen des Auges nach Paraffininjectionen bei Sattelnase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1905.*

Im ersten Fall trat bei einer 45jährigen Patientin, die an wahrscheinlich luetischer Sattelnase litt, nach der dritten Injection (erste vor 8, zweite vor 5 Monaten) von Paraffin mit Schmelzpunkt 43° C. plötzlich links Erblindung durch Embolie der Arteria centralis retinae ein.

Im zweiten Fall (schon von Kayser [Breslau] vorgestellt, Berliner klinische

Wochenschr., No. 34, 1905) trat bei einem 57jährigen Mann, dem wegen Sattelnase Paraffininjectionen gemacht worden waren (jedenfalls Weichparaffin, Schmelzpunkt unbekannt), an einem heissen Tage bei der Arbeit eine solche Anschwellung beider Augenlider infolge Herüberwanderns von Paraffin — wie eine Probeincision zeigte — auf, dass die Lider vollkommen geschlossen waren. Photographien zeigen die doppelseitigen Paraffintumoren in den oberen und unteren Lidern vor und nach der vorgenommenen Operation: Excision grosser Stücke der Paraffintumoren, um Oeffnung der Lidspalten zu ermöglichen, was auch einigermaassen spontan möglich geworden ist. Auf dem letzten Bilde sieht man aber auch danach die abscheuliche Entstellung, die nach diesem üblen Zufall zurückgeblieben ist. In den mikroskopischen Schnitten der Paraffintumoren findet sich eine völlige entzündliche Durchwucherung des Paraffins mit Bildung von Riesenzellen.

Die Verwendung von Hartparaffin im Sinne Eckstein's scheint Verf. „eine relative Sicherheit in Bezug auf das Vorkommen derartiger übler Zufälle“ zu bieten.

ALBANUS (ZARNIKO).

28) **Kirschner** (Berlin). **Das Schicksal des Paraffins im menschlichen Körper.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 50. 1905.*

Ein im Buche von Stein (Paraffininjectionen; Theorie und Praxis) als geheilt dargestellter 35jähriger Strassenbahnconducteur — zur Correctur der Sattelnase vorgenommene Einspritzung von Weichparaffin — bekam nach Jahren an der Nasenwurzel und rechtem inneren Augenwinkel eine Geschwulst; Nasenrücken blauroth; unerträgliche Spannung. Von Perl wurde aus der Gegend des rechten inneren Augenwinkels ein knorpelharter Tumor entfernt. Hiervon und von auf ähnlichem Wege gewonnenem Material demonstrirt Vortragender mikroskopische Schnitte, die Riesenzellen mit runden Vacuolen, den Resten des Paraffins, und an Stelle des resorbirten Paraffins derbes Bindegewebe zeigen. Weiches und hartes Paraffin wird in gleicher Weise resorbirt. Vortr. spricht auf Grund dieser Befunde Zweifel aus, ob die Erfolge durch Paraffintherapie von Dauer sein könnten. In der Discussion glaubt Eckstein wenigstens beim Hartparaffin nur mit einer ganz langsamen Durchwachsung der Prothese rechnen zu können, die gar nicht im ganzen Leben eines Patienten beträchtliche Resorption herbeiführen könne. Joseph bemerkt, dass er bei 8 Fällen wegen entstellender Nasenform Nachcorrecturen hat ausführen müssen und möchte Paraffininjectionen nur in schweren Fällen von Sattelnase angewendet wissen.

ALBANUS (ZARNIKO).

29) **Georg Mahu. Die prothetischen Paraffineinspritzungen in der Rhinologie. (Les injections prothétiques de paraffine en rhinologie.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. 1906.*

Die Arbeit — ein Vortrag, gehalten beim internationalen Congress in Lissabon — stellt eine detaillirte Studie über die Anwendung der Paraffinprothesen in der Rhinologie vor. Verf. behandelt die Paraffineinspritzungen zur Correction äusserlicher Deformitäten und bei Rhinitis atrophicans. M. bevorzugt für die äusseren Prothesen das warme, für die Ozaena das kalte Paraffin.

BRINDEL.

30) **L. Réthi** (Wien). **Bemerkung zu Herrn Dr. Sondermann's Publication: „Eine neue Methode zur Diagnostik und Therapie der Nasenerkrankungen".** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1906.*

Prioritätsansprüche.

HECHT.

31) **A. Henle** (Breslau.) **Zur Behandlung des acuten Schnupfens.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. 1905.*

Bier'sche Stauung unter Anwendung des Henle'schen Compressionsschlauches (Druck 25 bis höchstens 30 cm Hg) bewirkte beim Verf. und 4 anderen Schnupfenpatienten schnelles Nachlassen der unangenehmen Sensationen (Kopfdruck, Niesreiz) und der Absonderung und schien dem Verf. geeignet, baldige Abheilung einzuleiten. Er fordert zu weiterer Prüfung des Mittels bei der acuten Rhinitis, bei acuten Erkrankungen der Nebenhöhlen, des Pharynx, vielleicht auch des Larynx auf.

ZARNIKO.

32) **P. Vigier. Behandlung des acuten Schnupfens. (Treatment of acute coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Verf. bedient sich einer aus den frischen Wurzeln der Anemone bereiteten Tinctur, die so hergestellt wird, dass 1 kg jener mit 1 kg 90 proc. Alkohols 14 Tage lang macerirt, dann ausgedrückt und filtrirt wird. Dieses Präparat wird in Dosen von 2—4 g pro die gegeben.

Rp. Tinct. radic. anemon. 5,0
Syr. aurant. 95,0
MDS. 2—3 Esslöffel täglich.

LEFFERTS.

33) **Vohsen** (Frankfurt a. M.). **Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge und kleinen Kinder.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1905.*

Beitrag zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.

In Zeiten der epidemischen Genickstarre ist es nach den Untersuchungen Westenhoeffer's (Sitz der Erkrankung Rachenmandel und Umgebung) wichtig, dem Schnupfen der Kinder Beachtung zu schenken.

Verf. empfiehlt deshalb seine Methode der Schnupfenbehandlung der Säuglinge und kleinen Kinder: die Luftnasendouche. Das vorn etwas abgeschrägte Ende eines nicht zu kurzen Gummischlauches wird in den Introitus der Nase eingeführt und zunächst weniger Luft, um festzustellen, welche Seite verstopfter ist, dann etwas mehr Luft durch die engere Seite geblasen. Durch den Schreiact wird das Cavum abgeschlossen, und „die Luft entleert sich in continuirlichem Strome mit dem Secret durch die freie Nasenseite". Dann wird zur Abschwellung der Schleimhaut mit kleinem Wattebausch etwas Lösung von Cocaini 1,0, Paranephrini 2,0, Aq. 40,0 in die Nase des auf dem Rücken liegenden Kindes gebracht. Adenoide Vegetationen soll man bei Säuglingen nicht sofort entfernen nach Feststellung, da oft nach Beseitigung der Rhinitis Abschwellung eintritt. In 19 Jahren sah Verf. unter 26000 Ohren-Nasen-Halskranken 15 Fälle von Choanalatresie, darunter eine doppelseitige und drei einseitige bei Säuglingen; hier konnte natürlich keine Luft durchgeblasen werden.

Verf. wendet sich gegen die Sondermann'sche und Spiess'sche Ansicht, dass durch Ansaugen von Luft Eiter aus den Nebenhöhlen abgesaugt werden könne: es trete vielmehr Hyperämie und damit Zuschwellung der Ostien ein. Ebenso würden bei Behandlung der Rhinitis durch Sondermann's Absaugverfahren durch Erzeugung von Hyperämie viel mehr Secret producirt und Schwellungen herbeigeführt.
ALBANUS (ZARNIKO).

34) **Torday. Ueber die Rhinitiden des Säuglingsalters.** *Gyermedgyógyázat. No. 4.*

Die Nase der Säuglinge ist infolge anatomischer Verhältnisse sehr eng; wenn also dieselbe infolge krankhafter Zustände noch mehr verengt wird, tritt Dyspnoë, Unruhe, Laryngospasmus auf. Bei Rhinitiden tritt eine starke Vermehrung der Bakterien auf, welche Tonsillitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, sogar Sepsis verursachen kann. Man unterscheidet Rhinitiden infolge Leukorrhoea, Blennorrhoe, äusserer traumatischer Reize, Diphtherie. Bei vielen Fällen von Ozaena bestand im Kindesalter eine blennorrhagische Rhinitis.

Die Therapie besteht im Einlegen von Tampons mit Tonogenum suprarenale, Nasendouche, häufiger Reinigung der Nasenhöhle, Einträpfeln oder Einblasen von Adstringentien.

Verf. beschreibt 6 Fälle, in denen sich zu einer heftigen purulenten Rhinitis Bronchopneumonien — theilweise mit Intestinalkatarrh und Peritonitis complicirt — und mit letalem Ausgange gesellten.
v. NAVRATIL.

35) **Grélety-Bosriel. Die Behandlung der Hydrorrhoea nasalis durch heisse Luft. (Du traitement de l'hydrorrhée nasale par l'air chaud.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Beschreibung der Lermoyez'schen Methode. Verf. betrachtet sie als die vorzüglichste Methode zur Behandlung der nasalen Hydrorrhoe, nur muss man sie nicht in allen Fällen unterschiedslos anwenden.
A. CARTAZ.

36) **Louis Kolipinski. Die Behandlung chronischer Nasenkatarrhe mit Schwefel. (The treatment of chronic nasal catarrhs with sulphur.)** *N. Y. Medical News. 12. August 1905.*

Verf. empfiehlt die Anwendung von Sulfur. praecipitatum bei hypertrophischer Rhinitis, bei einfacher chronischer Nasopharyngitis und scrophulöser Rhinitis. Auch zur postoperativen Anwendung in der Nase empfiehlt Verf. den Schwefel.
LEFFERTS.

37) **M. L. Vladár. Dürfen wir jede Rhinitis fibrinosa für Diphtherie halten?** *Orvosi Hetilap. No. 16. 1905.*

Verf. hält eine jede Rhinitis fibrinosa, auch die bei Operationen entstandene, für Diphtherie, und führt diesbezüglich Fälle an, wo die Umgebung der Patienten von Halsdiphtherie befallen werden.
v. NAVRATIL-POLYAK.

38) **L. Wolff** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Beziehung der Rhinitis fibrinosa zur Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. 1905.*

Verf. glaubt, dass die Rhinitis fibrinosa fast stets eine besondere Form der

echten Diphtherie ist. Er empfiehlt deshalb, sie ebenso wie diese zu behandeln (mit Seruminjectionen) und auch die Prophylaxe danach einzurichten.

ZARNIKO.

39) **O. Frese. Untersuchungen über Entstehung und Wesen des Föters bei Ozaena.** *Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 86. Heft 1—3. S. 169.*

Der Ozaenagestank ist kein einheitlicher, sondern ein „Bouquet" verschiedener Gerüche. Die chemische Analyse des Ozaenasecrets ergiebt, dass es sich bei den Riechstoffen um Substanzen handelt, die auch sonst bei der Eiweissfäulniss auftreten. Bemerkenswerth ist das reichliche Vorkommen von Fettsäuren, die eine besonders charakteristische Componente des Ozaenagestanks bilden. Muthmaasslich entstehen dieselben z. Th. nicht durch Eiweissfäulniss, sondern durch directe Umwandlung neutralen Fetts. Das Ozaenasecret wird geruchlos abgesondert, zersetzt sich aber sehr schnell infolge seiner abnormen Beschaffenheit und der Gegenwart reichlicher Organismen. Der sog. Ozaenabacillus ist nicht im Stande, die stinkende Zersetzung des Secretes einzuleiten, dieselbe wird vielmehr durch verschiedene, im Ozaenasecret enthaltene Mikrobenarten hervorgerufen, von denen z. Th. nachgewiesen ist, dass sie die Fähigkeit besitzen, stinkenden Eiweisszerfall zu veranlassen. Die übelriechenden Producte tertiärer Nasensyphilis zeigen dieselben Eigenschaften wie die der genuinen Ozaena.

J. KATZENSTEIN.

40) **M. Steiner. Ozaena und Nebenhöhlenerkrankungen.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

S. beschreibt 2 Ozaenafälle aus der v. Navratil'schen Klinik, in deren erstem Erkrankung der Highmorshöhle und der vorderen Siebbeinzellen, im zweiten des Sinus sphenoidalis der Ozaena zu Grunde lag und geheilt wurden. Letzterer Fall führte ihn in weiteren 10 Fällen zur Untersuchung der Beschaffenheit des Secretes bei Ozaena. Er fand, dass in der Mehrzahl der Fälle ein klares, wasserhelles, hier und da etwas weissgraues, dünnes, nicht eitriges Secret producirt wird; das Secret ist sehr plastisch und legt sich sofort eng den Gebilden des Naseninneren an; es wird vollständig geruchlos secernirt und nur in den unteren Parthien der Nase und infolge Stagnation foetid und eiterig. Da in einer grossen Zahl seiner Fälle hereditäre oder acquirirte Lues vorlag, hält S. die Ozaena in denjenigen Fällen, wo sie erwiesenermaassen eine Nebenhöhlenerkrankung bildet, für eine durch die constitutionelle Erkrankung modificirte und von den Empyemen im engeren Sinne des Wortes abzugrenzende Form der Sinusitis, gleich den verschiedenen Arten der Pleuritis, Arthritis etc. Zuletzt erwähnt noch S. die Uebergangsformen zwischen Empyem und Ozaena.

v. NAVRATIL.

41) **Lubet. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozena.)** *N. Y. Medical News. 25. November 1905.*

Die Hauptaufgabe der Therapie soll in Beseitigung der Borken bestehen, denn, sagt Verf., wo keine Borken sind, ist kein Foetor. Er hält es für erstrebenswerth, die Secretion der Schleimhaut so anzuregen, dass die Borken sich von selbst ablösen. Er empfiehlt zu diesem Zwecke, eine starke borsäure- und mentholhaltige Salbe mehrmals in die Nase hochzuziehen.

LEFFERTS.

42) **Simonescu. Aerovapethermotherapia; Behandlung der wirklichen essentiellen Ozaena. (Aerovapethermethérapie; traitement de l'ozène essentiel vrai.)** *Arch. gén. de méd. 16. Januar 1906.*

Verf. bedient sich bei der Behandlung der Ozaena der warmen Dämpfe antiseptischer Flüssigkeiten mit nachfolgender Anwendung heisser Luft nach dem Verfahren von Gautier, Lermoyez. In 2 Fällen, deren genaue Geschichte er giebt, hat er gute Resultate erzielt.

A. CARTAZ.

43) **Etiévant. Behandlung der Ozaena mit submucösen Paraffineinspritzungen. (Traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine.)** *Journal des médecins practiciens de Lyon. 31. März 1906.*

Die vom Verf. geübte Methode besteht darin, dass er sich zunächst bemüht, die hinteren Enden der unteren Muscheln herzustellen; in weiteren Sitzungen nimmt er die mittlere und vordere Partie der Muschel in Angriff. Bei 18 Patienten im Alter von 12—30 Jahren hat er 12 Heilungen erzielt, die als complet zu betrachten sind und über 1 Monat andauern, ferner 3 wesentliche Besserungen, 2 geringe Besserungen, 1 Misserfolg. In letzterem Falle hat Patientin nur 2 Einspritzungen erhalten. Unter Besserung versteht Verf. das völlige Verschwinden der Borken, unter Heilung das Verschwinden des Foetor und Wiederherstellung der normalen Nasensecretion.

A. CARTAZ.

44) **A. J. Yzerman** (Amsterdam). **Ozaena, speciell deren Behandlung mit Einspritzung von Paraffin. (Ozaena, in het byzonder haar behandeling mit inspuiting van paraffine.)** *Dissert. Amsterdam 1906.*

Monographische Bearbeitung des Gegenstandes. Es werden die verschiedenen Merkmale des Leidens, die anatomischen und bacteriologischen Befunde sowie die verschiedenen Ozaena-Theorien übersichtlich und kritisch dargestellt. Die Paraffinbehandlung hat Verf. in den Burger'schen und Broeckaert'schen Polikliniken studirt. Er bespricht die technischen Schwierigkeiten, welche schuld daran sind, dass bei weit vorgeschrittenen Fällen die Methode keine Anwendung finden kann. Uebrigens ist seine Erfahrung der Methode sehr günstig gewesen, weil ja Borkenbildung, Foetor und Secretstagnation in den meisten Fällen zum Schwinden gebracht wurden.

H. BURGER.

45) **Broeckaert. Neue chirurgische Behandlung hartnäckiger Ozaenafälle. (Nouveau traitement chirurgical des cas rebelles d'ozène.)** *La Belgique Méd. No. 33. 1905. La Presse oto-largngol. Belge. No. 7. 1905.*

Von allen gegen die Ozaena angepriesenen Behandlungsmethoden hat die mit kalten Paraffininjectionen bei Weitem die besten Resultate ergeben. Dank der Wiederherstellung atrophischer Muscheln ist es B. gelungen, ca. 100 Ozaenakranke zu bessern oder zu heilen, so dass sie es nicht mehr nöthig hatten, Naseninjectionen vorzunehmen; zu gleicher Zeit verlor die Secretion ihre Tendenz zum Eintrocknen. Neben diesen glücklichen Fällen giebt es solche, welche keinen Vortheil von den Paraffininjectionen haben; der Misserfolg hängt da entweder von der Unmöglichkeit ab, den Nasengang enger zu machen, oder von dem gleichzeitigen Vorhandensein von Sinusiten oder von der Ausdehnung des atrophischen Processes auf die ganze

Sinuso-Nasalschleimhaut. B. hat auf chirurgischem Wege die Heilung von Ozaenafällen versucht, welche den anderen Behandlungsweisen widerstanden. Wenn er neben der atrophischen Rhinitis Eiterung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen constatirt, so combinirt er die Paraffininjectionsmethode mit der chirurgischen Behandlung der Sinusiten. Bald muss man zur Ethmoidectomie, welche immer mit der Eröffnung des Sin. sphenoid. verbunden wird, schreiten, bald muss man die Radicalkur der Kiefer- und Stirnhöhlensinusiten vornehmen. Im Falle ausgesprochener und sehr ausgebreiteter Atrophie zögert B. nicht, die vollständige Ausräumung aller Nasennebenhöhlen nach dem von ihm angegebenen Verfahren vorzunehmen; wenn die Zukunft ihm Recht giebt, glaubt er die Radicalkur rebellischer Ozaenafälle entdeckt zu haben.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **E. Gulikers. Zwei Fälle von Unterkieferfracturen. (Deux cas de fractures du maxillaire inférieur.)** *Annal. de la Méd. Chir. de Liège. No. 10. 1905.*

Die 1. Beobachtung betrifft eine einfache Fractur des Unterkiefers; Reduction und Anlegen eines Apparates aus Aluminium.

Bei der 2. Beobachtung handelt es sich um eine complicirte Unterkieferfractur mit bedeutender Lageveränderung der Fragmente; Reduction der Fragmente und Befestigung derselben durch Application von Ligaturen nach H. Angle.

BAYER.

47) **Howard A. Lothrop. Fractur des Oberkiefers infolge directen Schlags auf den Backenknochen. Methode zur Behandlung solcher Fracturen. (Fractures of the superior maxillary bone caused by direct blows over the malar bone. A method for the treatment of such fractures.)** *Boston Medical and Surgical Journal. Juni 1906.*

Die Arbeit handelt im Allgemeinen von den Fracturen, die den Backenknochen und den Jochbogen betreffen. Die Methode des Verf. besteht darin, dass er von einer kleinen Oeffnung in der Fossa canina aus durch einen von der Innenfläche des Antrum nach aussen gerichteten Druck die Fragmente des Knochens aufrichtet. Verf. zählt die Vortheile dieses Verfahrens auf, das sich nach seiner Angabe auch in vernachlässigten Fällen noch nach Wochen erfolgreich anwenden lässt.

EMIL MAYER.

48) **Depage. Zahncyste des Unterkiefers. (Kyste dentaire de la machoire inférieure.)** *La Presse Méd. Belge. No. 23. 1905.*

In der Sitzung vom 13. Mai 1905 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler zeigt D. eine eigrosse Zahncyste vor, welche er am Morgen bei einem 18jährigen Mädchen entfernt hatte. Der Tumor hatte sich allmälig im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren entwickelt. Die Diagnose wurde auf das Gefühl von Pergamentknistern hin gestellt. Der ganze aufsteigende Ast des Unterkiefers musste resecirt werden, um die Geschwulst vollständig entfernen zu können.

BAYER.

49) E. Fynaut. **Schwere eitrige Ostitis und Nekrose des Unterkiefers. (Ostéite suppurée grave et nécrose du maxillaire inférieur.)** *La Clinique. No. 35. 1905.*

Fall von entzündlich-eitriger Osteitis, hervorgerufen durch die Evolution oder Caries der zwei unteren Weisheitszähne. Der Autor schliesst aus dem Studium des Falles, dass man bei Interventionen vom Munde aus an in der Evolution begriffenen Parthien des Kiefers sehr vorsichtig sein müsse. PARMENTIER (BAYER).

50) Keiserow. **Zur Frage der Operation Le Dentu's bei narbiger Ankylose des Unterkiefers. (K woprosu ob operatii Le Dentu po powedu rulezowawo twedenija mishnich tscheljinsku.)** *Chirurgia. p. 423. 1905.*

K. beschreibt eine Narbenankylose nach Verwundung im japanischen Kriege, wo die Methode von Le Dentu ein gutes Resultat gab. P. HELLAT.

51) E. Fynaut. **Fall von Fractur des Unterkiefers. (Un cas de fracture du maxillaire inférieure.)** *La Clinique. No. 32. 1905.*

Beschreibung eines prothetischen Apparates, welcher den Verwundeten nicht genirte und gestattete zu essen, trinken und sprechen. PARMENTIER (BAYER).

52) E. J. Moure. **Complicirte Hasenscharte. (Bec-de-lièvre compliqué.)** *Soc. méd. et chir. de Bordeaux im Journal de méd. de Bordeaux. No. 19. 13. Mai 1906.*

Es handelte sich um einen 20jährigen Glasbläser, der eine Spaltung des harten Gaumens und des Gaumensegels hatte. Es war ein Versuch zur Schliessung in der Kindheit gemacht worden. Trotzdem es infolgedessen sehr schwierig war, die Schleimhaut abzulösen, gelang die Operation auf das beste. BRINDEL.

53) E. J. Moure. **Totale Spaltung des Gaumensegels und des harten Gaumens. Urano-Staphylorraphie. (Division totale du voile du palais et de la voûte. Urano-staphylorraphie.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 26. 1906.*

Bericht über einen Fall, in dem die Vereinigung per primam intentionem gelang trotz heftigen Erbrechens und trotzdem in den ersten Tagen nach der Operation die Masern auftraten. BRINDEL.

54) E. Schadelle. **Correction syphilitischer Narbenverwachsungen zwischen weichem Gaumen und hinterer Pharynxwand. (Correct treatment of syphilitic cicatricial adhesions between soft palate and posterior wall of the pharynx.)** *St. Paul Medical Journal. März 1906.*

Die prophylaktische Behandlung besteht darin, dass der Patient nach Ablauf der acuten Symptome von Entzündung und Gewebsnekrose ständig einen aus Vulcanit gefertigten Apparat zu tragen hat, mittels dessen die gegenüberliegenden Flächen des Gaumensegels und der hinteren Pharynxwand von einander gehalten werden sollen. In alten chronischen Fällen, in denen partielle oder totale Verwachsungen bestehen und keine geschwürigen oder entzündlichen Processe mehr vorhanden sind, soll der Apparat unmittelbar nach völliger Ablösung des weichen

Gaumens getragen werden. Der Apparat besteht aus einem Obturator und einer Gaumenplatte, die dazu bestimmt ist, den Obturator an seinem Platz zu halten.

EMIL MAYER.

55) **Bairaschewski. Fall von vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit der Hinterwand des Rachens bei gleichzeitiger Atrophie beider Mandeln. (Slutschai polnawo sroschtschenia enjachkawo neba s sadnei stenkoi glotki pri odnowremennoi atrofi obeich mindaliwidnich sheles.)** *Russk. Wratsch. No. 31. 1905.*

Herkunft dunkel, sonst alles in der Ueberschrift enthalten.

P. HELLAT.

56) **Herzfeld** (New-York). **Seltene Localisation eines luetischen Primäraffectes.** *Dermatol. Centralblatt. Bd. IX. Heft 5. 1906.*

Bei einem 23 jährigen Manne mit syphilitischer Roseola fand sich am harten Gaumen ungefähr $1^1/_2$ cm hinter der oberen Zahnreihe ein harter Schanker.

SEIFERT.

57) **Montot. Secundäre Syphilis und Ulceration des Gaumengewölbes und der Mandeln mit Befund von fusiformen Bacillen und Spirillen. (Syphilis secondaire et ulcérations de la voute palatine et des amygdales avec association fuso-spirillaire.)** *Lyon méd. No. 29. 24. Juni 1906.*

Es handelte sich um einen Fall, den Verf. als eine Combination von Angina ulcero-membranacea mit Plaques muqueuses auffasst und in dem der klinische Verlauf der syphilitischen Erscheinungen durch diese Combination sehr modificirt gewesen sein soll.

BRINDEL.

58) **Gutzmann** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von angeborener Insufficientia veli palatini mit Hart-Paraffin-Prothese.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Der anscheinend normale Gaumen eines 14 jährigen Knaben lässt bei Palpation einen embryonalen Knochenspalt fühlen; der Gaumen ist aber in Folge der Missbildung zu kurz, so dass beim Sprechen kein Schluss mit der hinteren Rachenwand eintritt, welcher aber nach Einspritzung von Hartparaffin in die hintere Rachenwand — um diese dem Gaumensegel näher zu bringen — ganz gut erzeugt werden kann. Allerdings ist die Sprache des vorgestellten Knaben noch etwas mangelhaft geblieben, weil der Knabe in Folge seines Sprachfehlers psychisch deprimirt war, doch hofft Vortr. durch Uebung einen vollen Erfolg zu erzielen.

ALBANUS (ZARNIKO).

59) **Luigi Leto. Mischgeschwulst des Gaumens. (Tumore misto del palato.)** *Arch. Ital. di Laringologia. III. 1906.*

Die 12 jährige Patientin hatte im Alter von 2 Jahren einen Fall erlitten, nach dem sie lange Zeit bewusstlos war und fieberte. Sie blieb danach völlig taub und stumm. Eines Tages begann sie an Blutungen aus dem Munde zu leiden. Man fand in der Mittellinie des Gaumens einen Tumor, der von einem Heilgehülfen entfernt wurde, aber nach 2 Monaten recidivirte. Verf. fand an der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen einen kleinen gestielten Tumor, der mit der Schlinge abgetragen wurde. Der Tumor bestand aus drei Lappen und

die Untersuchung ergab, dass in dem einen Lappen ein sarkomatöser Charakter, in dem anderen der Charakter einer mehr oder weniger fibrösen Bindegewebsgeschwulst überwog. Für die Benignität der Geschwulst spricht, dass sechs Monate nach der Abtragung sich kein Recidiv gezeigt hat. Verf. definirt die Geschwulst als ein Fibroma teleangiectaticum mit beginnender sarkomatöser endothelialer Metaplasie und gibt eine epikritische Betrachtung über die Pathogenese dieser Geschwulst. Die Arbeit ist illustrirt.

FINDER.

60) **Braillon. Zungentuberculose. (Tuberculose linguale.)** *Gazette méd. de Picardée. November 1905.*

Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

61) **H. Juholske. Complete mediane Cervicalfistel; Durchgängigkeit des Ductus thyreoglossus vom Foramen coecum der Zunge bis hinter das Zungenbein. (Complete median cervical fistula, thyroglossus duct pervious from foramen coecum of the tongue to one inch below the thyroid bone.)** *Interstate Medical Journal. April 1906.*

Detaillirte Mittheilung der Fälle. Im ersten blieb die Oeffnung geschlossen, im zweiten besteht noch eine Fistel.

EMIL MAYER.

62) **M. Laub** (Wien). **Ueber eine eigenthümliche Veränderung der Zunge bei Insufficienz des Herzens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Beobachtung eines Falles von Herzinsufficienz, bei welchem regelmässig mit dem Auftreten der acuten Insufficienz Veränderungen in der Zunge einhergingen, und diese wieder ihr normales Aussehen hatte, sobald die Insufficienz behoben war. Die Zunge wurde jedesmal geschwollen, rissig, von zahlreichen Furchen durchzogen und zeigte am Zungenrücken und Rande linsen- bis bohnengrosse Flecke, von einem graugelben Wall umgeben. Dabei bestanden keine Schmerzen.

CHIARI.

63) **Weill** und **Gilly. Epidemisches Auftreten von Desquamation der Zunge in Verbindung mit Schrundenbildung an der Lippe. (Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche.)** *Soc. de Pédiatrie in Bulletin médical. No. 39. Mai 1906.*

Verff. berichten 23 Fälle, die sie bei jungen Mädchen im Krankenhaus beobachteten.

BRINDEL.

64) **Perrin** und **Blum. Ein Fall von „schwarzer Zunge". (Un cas de „langue noire".)** *Révue médicale de l'Est. No. 11. 1906.*

Es handelte sich um einen jährlich recidivirenden Fall, bei dem nach 3 Monaten nach Gurgelungen mit alkalischen Lösungen Heilung eintrat. Verff. haben in diesem Fall parasitäre Gebilde gefunden, die grosse Aehnlichkeit mit den Endomyces der Maiblume hatten.

BRINDEL.

65) **G. Martuscelli. Angeborenes Fibrom der Zunge. (Fibroma congenite della lingua.)** *Bollett. della malattie dell'orecchio etc. No. VII. 1906.*

An der Zungenspitze eines 6jährigen Knaben fand sich eine linsengrosse

rothe, indolente Geschwulst. Die histologische Untersuchung des mittels Schlinge abgetragenen Tumors ergab, dass es sich um ein hartes Fibrom handelte.

FINDER.

66) **Jacques. Zungenkropf. (Goitres linguaux.)** *Revue méd. de l'Est. April 1906.*

Bericht über zwei Fälle. Der erste betraf ein 16jähriges Mädchen, das über behinderte Athmung beim Schlafen klagte. Die körperliche und geistige Entwickelung der Patientin war zurückgeblieben. Beim Herunterdrücken der Zunge constatirte man einen in der Mitte gelegenen runden Tumor, der den Zungenrücken von den Papillae circumvallatae bis zur Epiglottis einnahm. Eine Schilddrüse war am Hals nicht fühlbar. Abtragung des Tumors vom Munde aus mit der heissen Schlinge ohne Tracheotomie. Heilung in 3 Wochen. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf Kropf.

Bei einer anderen 22jährigen Patientin beobachtete Verf. einen gleichen Tumor, ebenfalls bei gleichzeitigem Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle. Um Erscheinungen von Myxödem zu vermeiden, wurde ein Stück des Tumors stehen gelassen. Schnelle Heilung.

A. CARTAZ.

67) **Thomas. Ein Fall von acuter Hemiglossitis parenchymatosa. (Un cas d'hémiglossite parenchymateuse aigue.)** *Marseille méd. No. 16. 1906.*

Bei dem 34jährigen Patienten stellte sich ohne nachweisbare Ursache innerhalb weniger Stunden des Nachts an der Zunge eine enorme Anschwellung ein, die sich auf das vordere Drittel der linken Hälfte beschränkte. Die rechte Hälfte war völlig normal. Es bestand ziemlich ausgesprochene Behinderung beim Athmen. Die Anschwellung war hart, ohne Ulcerationsbildung. Eine Incision bringt nur Blut zu Tage, führt aber zu einem Rückgang der Schwellung. Heilung in einigen Tagen.

Verf. nimmt als Ursache den schlechten Zustand der Zähne an.

A. CARTAZ.

68) **Notiz des Herausgebers. Atrophie der Zungengrunddrüsen als ein Zeichen von Syphilis. (Atrophy of the glands at the base of the tongue as a sign of syphilis.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juni 1906.*

Um die Bedeutung der glatten Zungenatrophie festzustellen, hat N. B. Potter über 300 Fälle verschiedenster Art untersucht; er fand die glatte Atrophie des Zungengrundes in ungefähr der Hälfte aller Fälle, bei denen der Verdacht auf vorausgegangene Syphilis genügend begründet war, in den Fällen, in denen dieser Verdacht nicht vorlag, war die Atrophie nur bei 10 pCt. vorhanden. Die Untersuchung geschah durch Palpation, da die Inspection sich als unzuverlässig erwies. Der Patient wird aufgefordert, die Zunge soweit als möglich herauszustrecken, und er vom Untersucher mit einem Tuche gehalten, während diese den Zeigefinger seiner rechten Hand vorsichtig längs des Zungenrückens bis zu den Papillae circumvallatae führt und die Gegend hinter dieser sorgfältig abtastet. Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass, wenn durch diese Untersuchung die Zungenbasis sich als normal erweist, Syphilis wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann, während

Atrophie dieser Gegend bei einem Individuum unter 50 Jahren als Zeichen für Syphilis gilt. Geringer Grad von Atrophie hat nur geringe diagnostische Bedeutung.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

69) **B. F. Hamilton. Diphtherieantitoxin bei Chorea. (Diphtheria antitoxine in chorea.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juni 1906.*

Verf. regt auf Grund eines von ihm so behandelten Falles an, weitere Versuche zu machen.

LEFFERTS.

70) **William H. Park. Die therapeutischen Vorzüge eines verbesserten und concentrirten Diphtherie-Antitoxins. (The therapeutic advantages of a refined and concentrated diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record.*

Die vergleichenden Resultate bei über 1000 Diphtheriefällen zeigen, dass bei diesem Antitoxin Erytheme und andere Nebenerscheinungen seltener und weniger heftiger auftreten, als bei anderen Antitoxinen. Es handelt sich, wie Verf. sagt, um den ersten Schritt, den das New-Yorker Gesundheits-Departement zur Herstellung eines reinen Antitoxins gethan hat.

LEFFERTS.

71) **Bonget. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1906.*

Verf. ist kein Anhänger der Serumtherapie. Er will das Antitoxin nur für die schwersten Fälle reservirt wissen und wendet eine Localbehandlung an, die darin besteht, dass er den Rachen mit folgender Lösung pinselt:

Rp. Ferr. chlorat.
Alumin. pulverisat. }
Acid. boric } aa 20,0
Glycerin 20,0.

MDS. Aeusserlich.

Aeltere Kinder sollen ausserdem mit folgender Lösung gurgeln:

Rp. Tinct. Kramer.
Tinct. Guajac. aa 50,0.

MDS. Ein Theelöffel in 1 Glas warmen Wassers zum Gurgeln.

Vom Jahre 1899 bis 1905 hat Verf. 547 Fälle von Diphtherie beobachtet, davon wurden 367 ohne Injection behandelt (2 Todesfälle) und 180 mit Injectionen (14 Todesfälle).

LEFFERTS.

72) **E. Maragliano. Postdiphtherische Nephritis und Serumtherapie. (Nephriti postdifteriche e sieroterapia.)** *Gazz. degli osped. No. 13. 1905.*

Anknüpfend an einen Aufsatz von Meyer (Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1904) will M. den Nachweis führen, dass die Serumtherapie niemals Anlass zur Entstehung von Nephritis giebt; die hier und da beobachteten Fälle von Albuminurie sind als Albuminurie infolge Einführung von heterogenem Albumin (Pferdeserum) aufzufassen, das der Organismus ausscheiden musste. Diese Albuminurie bedeutet aber keine Nephritis; niemals werden Erscheinungen von Reizung

der Niere beobachtet. Die Zunahme der postdiphtherischen Nephritiden seit Einführung der Serumtherapie ist auf die Thatsache zurückzuführen, dass viele Kinder mit schwerer Diphtherie, die früher zu Grunde gegangen wären, heute geheilt werden; bei diesen ist die Serotherapie nicht wirksam genug, um die krankhaften Erscheinungen an allen Organen zu beseitigen. FINDER.

73) **Hamburger. Diphtherische Lähmung eines Muscul. hyo-glossus. (Paralysie diphtérique d'un muscle hyo-glosse.)** *Gesellschaft f. innere Medicin und Pädiatrie. Wien, 16. November 1905.*

Es besteht bei dem kleinen Patienten eine Lähmung des linken Musc. hyoglossus gleichzeitig mit einer Gaumensegellähmung und einer Parese der unteren Extremitäten. Infolge der Lähmung kann das Kind die Zunge nicht gegen den Mundboden drücken. Der Fall war mit Antidiphtherieserum behandelt worden.

FINDER.

74) **Gettich. Einige Bemerkungen über Behandlung des Larynxcroup mittelst Celluloidtuben. (Uwagi o tubmach celluloide wych i stosowamie ich w leczenin dlawca.)** *Przeglad Lekarski. No. 16. 1906.*

Verf. räumt den Celluloidtuben den ersten Platz ein, welche sehr leicht sind und sehr glatte Oberfläche besitzen. Dieselben sind besonders zu empfehlen in Fällen, wo der Tubus eine längere Zeit applicirt werden soll und besonders bei schwachen Kindern. Als Nachtheil dieser Tuben gilt der Umstand, dass man sie nicht genau sterilisiren und nur mittels Carbollösung reinigen kann.

v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **E. Zuckerkandl. Ueber den Kehlsack von Macacus inmestrinus.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthrop. Bd. 9. H. 1. S. 145.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

76) **E. Barth. Ueber den Mechanismus der Kehldeckelbewegungen beim Menschen.** *Arch. (f. An. u.) Physiol. Suppl.-Bd. 1. 1. Hälfte. S. 84. 1905.*

Der Kehldeckel schützt nicht nach Art eines Ventils, einer Klappe, eines Prellsteins den Kehlkopfeingang vor dem Eindringen von Fremdkörpern; seine Betheiligung beim Kehlkopfverschluss ist complicirter. Der Epiglottisknorpel ist ein echtes Skelettgebilde, das bei den Säugethieren eine für die Athmung wichtige Rolle spielt. In der Thierreihe ragt der Kehlkopf in den Nasopharynx herein, erst bei den höher stehenden Affen und bei den Menschen communicirt er mit der Mundhöhle, bei ersteren hat der Kehldeckel die Aufgabe, den Kehlkopf während des Schlingactes offen zu halten, bei letzteren wirkt er mit zum Verschluss des Kehlkopfes während des Schlingaktes. An dem Kehldeckel muss man einen laryngealen und pharyngealen Abschnitt unterscheiden. Die Bewegungen und die Form des laryngealen Abschnittes sind abhängig von den Bewegungen des Zungenbeins und des Schildknorpels bezw. von der Stellung dieser beiden Organe zu einander, indem der laryngeale Kehldeckelabschnitt durch das Lig. hyoepiglotticum

mit dem Zungenbein, durch das Lig. thyreo-epiglotticum mit dem Schildknorpel verbunden ist. Die Bewegungen des pharyngealen Kehldeckelabschnittes sind von zwei Factoren abhängig, einmal von der Verschiebung des Zungenbeins, Schildknorpels und Zungengrundes, ferner von der Wirkung der an ihn vom Kehlkopf (Mm. thyreoepiglottici und aryepiglottici) bezw. von der Zunge (Mm. genioglossi und M. longit. inf.?) her herantretenden Muskeln. Beim Schlingact erfolgen die Bewegungen des Kehldeckels passiv: das Zungenbein wird durch Muskelwirkung emporgezogen, der Schildknorpel an dieses herangezogen, so dass beide eine feste Masse bilden. Das subhyoide Fettpolster wird dadurch stark gedrückt und drückt den laryngealen Kehldeckelabschnitt nach hinten gegen den Kehlkopfeingang. Dieser Bewegung nach hinten folgt auch der pharyngeale Abschnitt. Die Aryknorpel rücken aneinander und neigen sich etwas nach dem Innern des Larynx zu. Die Stimmlippen schliessen sich fest, ebenso die Taschenlippen, zwischen diesen und den Aryknorpeln bleibt eine Grube, welche genau vom Epiglottiswulst ausgefüllt wird, während der pharyngeale Kehldeckelabschnitt ausserhalb des Kehlkopfes, an den Zungengrund gelehnt, verbleibt. — Experimentell durch electrische Reizung lässt sich die Function der Kehlkopf-Kehldeckelmuskulatur (Mm. aryepiglottici und thyreoepiglottici) nicht feststellen. Wahrscheinlich ist es nach den Erfahrungen aus der Pathologie (Lähmung der Mm. laryng. supp. et inff.), dass die genannte Muskulatur besonders erigirend auf den Kehldeckel, spannend auf die Plica aryepiglottica wirkt, während die retraktorische Wirkung zweifelhaft ist. Von der Zunge aus treten Fasern des M. genioglossus, vielleicht auch des M. longitudinalis inf. an die vordere Fläche des Kehldeckels heran, welche, wie man sich durch electrische Reizung des M. genioglossus an der Unterfläche der Zunge dicht hinter dem Frenulum linguae überzeugen kann, einen Zug nach vorn auf den Kehldeckel ausüben. Die Wirkung dieser Muskelfasern scheint aber lediglich sich auf einen Zug des Kehldeckels nach vorn zu beschränken, während die erigirende Wirkung auf den Kehldeckel ausser von der Verschiebung zwischen Zungenbein und Schildknorpel ausschliesslich von der Kehlkopf-Kehldeckelmuskulatur auszugehen scheint.

J. KATZENSTEIN.

77) **Hopmann** (Köln). **Fortschritte in der Behandlung der Kehlkopfkrankheiten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1905.*

Kurzer Ueberblick über die Errungenschaften der Laryngologie seit Erfindung des Kehlkopfspiegels.

ZARNIKO.

78) **Rudolf Landesberg** (Wien). **Ein Knorpelstück im Sinus piriformis.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1905.*

Krankengeschichte eines Falles, bei dem ein 2 cm langes und 3 mm breites ausgefranztes Knorpelstück, das längere Zeit im Sinus piriformis eingekeilt lag, anfangs einen malignen Tumor vortäuschte. Nach Extraction zeigte sich ein ausgedehnter „nekrotisirender Entzündungsprocess, der durch Arrosion einer Arterie, Art. laryngea superior dextra, eine schwere Haemorrhagie im Gefolge hatte, die jedoch stand". Der Fall kam — bei Unbeweglichbleiben der rechten Kehlkopfhälfte — trotzdem zur Ausheilung.

HECHT.

79) **J. Fein** (Wien). **Zur Casuistik verschluckter Fremdkörper.** *Wiener med. Presse. No. 44. 1905.*

In der Höhe des Aryknorpels hatte sich ein Fremdkörper (Knochenstück) in die Rachenschleimhaut eingespiesst — möglicherweise in Folge vorheriger Bougirung — und war daselbst wegen starker Schleimhautschwellung durch einige Tage nicht zu sehen. Erst am 4. Tage gelang die Extraction.

Aus der Beobachtung dieses Falles ergibt sich wiederum die Nothwendigkeit einer genauen Exploration des Pharynx, bevor man zur Schlundsonde greift.

CHIARI.

80) **Salvatore Saitta. Casuistik der Blutegel im Kehlkopf. (Casistica di sanguisuga in laringe.)** *Rassegna internazionale della medicina moderna. Anno VI. p. 1.*

Auf Grund von 18 zusammengestellten Fällen gibt Verf. eine klinische Schilderung dieser eigenartigen Fremdkörper im Larynx. Es ist nicht immer nöthig, die Tracheotomie zu machen; der Blutegel kann Tage lang in den Luftwegen verweilen, ohne erhebliche Störungen zu verursachen.

FINDER.

81) **F. Olivieri. Ein Blutegel im Kehlkopf. (Una sanguisuga in laringe.)** *Soc. Lancis. d. osp. di Roma. Juni 1905.*

Bemerkenswerth ist, dass der Blutegel in diesem Fall 26 Tage lang im Kehlkopf verweilte. Er war beim Trinken von Grabenwasser hineingeraten und wurde noch lebend mit einer Fauvel'schen Zange extrahirt. Im Gegensatz zu den meisten sonst berichteten Fällen, in denen es sich um Hirudo vorax handelte, war der Blutegel hier der bei weitem grössere Hirudo officinalis.

FINDER.

82) **Maker Downie** (Glasgow). **Zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf nebst Beschreibung einer Methode zu ihrer Entfernung. (Two cases in each of which a foreign body was lodged in the larynx with a description of a method devised for their removal.)** *Glasgow Med. Journal. October 1905.*

In beiden Fällen wurde tracheotomirt, dann ein Gazestreifen durch die Tracheotomiewunde nach oben durch den Kehlkopf gezogen und zum Munde hinausgeführt. In beiden Fällen wurden die Fremdkörper — ein Knochenstück und ein Getreidekorn — auf diese Weise hinausbefördert.

A. LOGAN TURNER.

83) **H. Mandl** (Verbó). **Tracheotomie wegen Fremdkörpers im Larynx.** *Wien. med. Presse. No. 12. 1906.*

Vornahme der hohen Tracheotomie bei einem im letzten Stadium der Asphyxie befindlichen Kinde, das ein Stück einer Nussschale aspirirt hatte. Der Fremdkörper wurde zwar nicht eruirt, doch trat auch ohne Einlegen einer Canüle Heilung ein.

CHIARI.

84) **Garel. Fremdkörper im Kehlkopf seit 5 Monaten bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen. Directe Extraction nach der Killian'schen Methode. (Corps étranger dans le larynx depuis cinq mois chez une fillette de 2 ans $^1/_2$. Extraction directe par la méthode de Killian.)** *Lyon médical. No. 9. 1904.*

Das Kind hatte von Zeit zu Zeit Erstickungsanfälle. G. liess in der An-

nahme, dass es sich um einen Fremdkörper handeln könne, eine Radioskopie machen, deren Ergebniss positiv war. Extraction nach Killian; schnelle Heilung.

BRINDEL.

85) **Kausch** (Breslau). **Fremdkörper in der Luftröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. 1905.*

Bericht über 2 Fälle, wo „nach vorheriger Tracheotomie und Nachweis des Fremdkörpers mit dem Bronchoskop" die Entfernung je einer Bohne glückte.

ALBANUS (ZARNIKO).

86) **H. v. Schrötter** (Wien). **Fremdkörperfall der Luftröhre.** *Wiener med. Presse. No. 1. 1906.*

Mit dem Kehlkopfspiegel constatirte man bei einem 6jährigen Kinde einen Fremdkörper (Knochenfragment) etwa 2 cm unterhalb der Glottis. Ein Versuch, den Fremdkörper auf endolaryngealem Wege unter Leitung des Kehlkopfspiegels zu entfernen, misslang. Dagegen wurde der Knochen nach Einführung eines geraden Rohres von 9 mm Lichtung bis an die Stimmbänder mit der Pincette gefasst und, da die Stimmbänder krampfhaft adducirt werden, durch die enge Glottis nach Ueberwindung grösseren Widerstandes entfernt. Auch mit 20 proc. Cocain konnten die laryngospastischen Erscheinungen nicht beseitigt werden. Wenn der Fremdkörper im oberen Abschnitt der Trachea sich befindet, soll die directe Tracheoskopie stets unter Controle des Auges vorgenommen werden. Der Fremdkörper verweilte 35 Tage in der Luftröhre und konnte radioskopisch nicht nachgewiesen werden.

CHIARI.

87) **Charles A. Elsberg. Fremdkörper aus dem rechten Bronchus entfernt. (Foreign body removed from the right bronchus.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Es handelte sich um ein 4 Jahre altes Mädchen, bei dem Emil Mayer vier Tage nachdem eine Nadel aspirirt worden war, den Versuch der Bronchoskopie machte. Der Fremdkörper konnte auf diesem Wege nicht gefunden und die bronchoskopischen Versuche wegen des schlechten Allgemeinzustandes der kleinen Patientin nicht fortgesetzt werden. Verf. machte dann die Tracheotomia inferior und führte eine kleine endoskopische Röhre in den rechten Bronchus ein. Man sah nun die Nadel, die in der Bronchialwand steckte. Alle Versuche, die Spitze der Nadel freizumachen, misslangen, bis schliesslich folgendes Verfahren zum Ziele führte: Die Nadel wurde mit einer schlanken Zange so weit als möglich vom Kopf entfernt ergriffen und dann die Endoskopröhre nach unten gestossen, während die Nadel mit der Zange festgehalten wurde. Auf diese Weise wurde die Nadelspitze aus der Bronchialwand losgemacht, die Nadel selbst allmälig gebogen, bis die Spitze in den linken Bronchus schlüpfte. Indem das Verfahren wiederholt wurde, bog man dann die Nadel um sich selbst, so dass Kopf und Spitze abwärts sahen; dann konnte sie an dem Winkel ergriffen und leicht extrahirt werden. Sodann wurde eine Tracheotomietube eingeführt.

EMIL MAYER.

88) **Emil Mayer. Fremdkörper aus dem rechten Bronchus entfernt. (Foreign body removed from the right bronchus.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Es handelte sich um einen 5 Jahre alten Knaben, der vor einem Tage einen Fremdkörper aspirirt hatte, und dessen Allgemeinzustand sehr schlecht war. Nach einem Versuch wurde die directe Bronchoskopie aufgegeben; der behandelnde Chirurg machte die Tracheotomia inferior und dann entfernte Verf. mittels der Bronchoskopie eine macerirte Bohne, die im rechten Bronchus neben der Bifurcation lag. Obwohl der Fremdkörper völlig entfernt war und man constatiren konnte, dass die Luft wieder in die vorher verletzte Lunge eindrang, starb das Kind 14 Stunden später an Pneumonie.

Im Anschluss an diesen Fall weist Verf. darauf hin, dass es unbedingt nöthig ist, möglichst umgehend zur Entfernung des Fremdkörpers zu schreiten, und dass man keine Zeit ungenützt verstreichen lassen soll. Die Bronchoskopie ist bei Kindern leichter ausführbar nach Vornahme der Tracheotomia inferior.

AUTOREFERAT.

89) **W. C. Morton** (London). **Einige neue Instrumente zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchien mittels directer Bronchoskopie. (Some new instruments for removing foreign bodies from the bronchi by direct bronchoscopy.)** *Journal of Laryngology. London 19. Januar 1906.*

Verf. berichtet über einen Fall Killian's, in dem ein Kragenknopf bei einem 10jährigen Knaben aus dem linken Bronchus entfernt wurde. Die Schwierigkeiten, mit denen man bei der Extraction zu kämpfen hatte, führten zur Angabe eines neuen Instruments, das in vorliegender Arbeit abgebildet und beschrieben wird. In der Praxis scheint es bisher noch nicht erprobt worden zu sein.

JAMES DONELAN.

90) **Princeteau. Schnelle Ausstossung eines Fremdkörpers nach der Bronchoscopia inferior. (Expulsion rapide d'un corps étranger après bronchoscopie inférieure.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 25. Juni 1906.*

Bei den tracheotomirten Patienten wurde nach einigen vergeblichen Versuchen der Bronchoscopia inferior der Fremdkörper spontan ausgestossen. BRINDEL.

91) **Thomas Wood Clarke** und **David Marine. Lungengangrän infolge von Fremdkörpern in den Bronchien. (Pulmonary gangrene following foreign bodies in the bronchi.)** *American Journal of Medical Science. März 1906.*

Bei sorgfältiger Durchforschung der Literatur hatten Verff. nur 31 Fälle von Lungengangrän nach Fremdkörpern der Bronchien auffinden können; sie fügen noch einen eigenen derartigen Fall hinzu. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann, dem 11 Tage vorher ein Knochenstück in den Bronchus gerathen war. Als Fieber eintrat, kannte man die Ursache nicht und hatte Verdacht auf Typhus. Am 4. Tage stellte sich putride Expectoration ein, und nach 2 Tagen starb Patient. Die Autopsie ergab Gangrän des rechten Mittel- und Unterlappens, Bronchiectasie, Bronchopneumonie der linken Lunge und Aktinomykose der rechten Lunge.

EMIL MAYER.

92) O. Chiari. **Fremdkörperextraction aus einem Bronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1906.*

67jährige Frau. Knochenstück, 28 mm lang, im rechten Hauptbronchus. Extraction mittelst der oberen, directen Killian'schen Bronchoskopie in Cocainanaesthesie mit einer langen Pincette im Schrötter'schen Griff. — Heilung.

CHIARI.

93) J. v. Bókay. **Die Technik der O'Dwyer'schen Intubation.** *Orvosi Hetilap. No. 21.*

Eine praktische Anleitung des von v. Bókay ausgeführten Intubationsverfahrens: Der Kranke sitzt in gleicher Höhe mit dem Arzte. Der Mund soll ad maximum gespreizt sein. Von grosser Wichtigkeit ist die Sterilisation des Tubus. Vor der Intubation taste man die Epiglottis, die aryepiglottischen Falten, die Aryknorpel genau ab. Die Epiglottis soll dem Zungengrunde fest angedrückt werden. Die Einführung des Tubus geschehe genau in der Mittellinie; dieselbe darf nicht gewaltsam geschehen. B. extubirt mittelst des an den Tubus angebundenen Fadens, den er an dem einen Ohre befestigt. Nach der Intubation kommt der Kranke in's Bett, welches zu einem Dampfzelte umgewandelt wird. Auf beide Ellbogengelenke wird die Everbusch'sche Bandage angelegt, damit der Kranke den Tubus nicht hinausziehen kann.

v. NAVRATIL.

94) E. W. Sanders. **Ein Wort für frühzeitige Anwendung der Intubation bei Kehlkopfstenose und für die Anwendung der Tracheotomie in gewissen vernachlässigten Fällen. (A plea for the more timely use of intubation in laryngeal stenosis and for the use of tracheotomy in certain neglected cases.)** *Archives of Pediatrics. Februar 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

95) v. Schmieden (Bonn). **Ueber das erschwerte Decanulement.** *Mit 13 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1906.*

Verf. weist darauf hin, dass in den meisten Fällen von Trachealstenosen nach Diphtherie-Tracheotomien nicht die Diphtherie, sondern die Tracheotomie als Ursache der Stenose anzusprechen ist. Es ist daher nach jeder Tracheotomie das Decanulement möglichst frühzeitig vorzunehmen, wobei „die Wegsamkeit des Larynx einzig und allein für den Zeitpunkt des Decanülements maassgebend“ ist. „Man soll nicht den Ablauf der Diphtherie abwarten, sondern man soll vielmehr so bald wie möglich, spätestens nach 48 Stunden, den ersten Versuch machen, zu decanülisiren“, wobei natürlich ein geschultes, gewissenhaftes Personal Vorbedingung ist. Verf. bespricht anschliessend die Ursachen und Entstehungsart der „Stenosen durch Granulationsbildung und Stenosen durch Knorpelverbiegungen“, die er durch instructive, schematische Zeichnungen illustrirt.

Der zweite Theil der Arbeit behandelt die therapeutischen Maassnahmen zur Beseitigung vorhandener Stenosen. Verf. empfiehlt vor Vornahme etwaiger operativer Eingriffe bei Kindern das Dilatationsverfahren von der Fistel aus. „Bei jeder irgendwie erheblichen Stenose durch Deformirung der Trachea muss unser Instrumentarium nicht nur die Verengerung berücksichtigen, sondern sie muss auf

die Streckung des abgeknickten Trachealrohres hinwirken, die Spornbildung an der hinteren Trachealwand gegenüber der Fistel beseitigen." Zur Erfüllung dieser Forderung bediente sich Verf. mit Erfolg der von ihm angegebenen „Bougiekanüle", sowie entsprechender Dilatatoren, die in der Arbeit abgebildet sind und deren Technik eingehend beschrieben wird. Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

96) **P. Aaser** (Norwegen). **Schwierigkeiten bei der Entfernung der Canüle bei operirten Crouppatienten. (Vanskelighed ved Fjernelsen af Kanylen hos opererte Kruppatienter.)** *Tidsskrift for den norske Laegeforening. p. 897. 21. December 1905.*

Verf. zählt verschiedene Ursachen eines schwierigen Decanulements auf:

1. Die Angst des Patienten, bei der Entfernung der Canüle zu ersticken. Man entgeht der Schwierigkeit, wenn man den Patienten irreführt, indem man die Canüle aussen auf die Wunde legt und das Band der Canüle wie gewöhnlich im Nacken knüpft.

2. Eine Geschwulst der Schleimhaut. Hier gelingt die Entfernung der Canüle erst nach mehreren Monaten.

3. Granulationsbildungen in der Trachea, die der Verf. dadurch behandelte, dass er die Trachea spaltete und die Granulationen entfernte.

4. Narbige Stricturen infolge von Ulcerationen im Kehlkopfe, die er mit Erfolg mit Bällen behandelte, welche er durch den Larynx einführte und durch die Trachealcanüle fixirte.

E. SCHMIEGELOW.

97) **Notiz des Herausgebers. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Mai 1906.*

Bei einer eiligen Tracheotomie ist der beste Schnitt der durch die Membrana crico-thyreoidea. Um die Oeffnung offen zu halten, kann man ein Paar an ihren Enden gebogene Haarnadeln als Retractoren benutzen.

LEFFERTS.

98) **Keith Monserrat. Ein neuer Tracheotomiodilatator. (A new tracheotomy dilatator.)** *Lancet. 25. Mai 1906.*

Ein zweiblätteriges Instrument mit gekrümmten, schnabelförmigen Enden. Angefertigt bei White u. Wright, Rushaw-Street, Liverpool.

A. LOGAN TURNER.

99) **v. Stubenrauch** (München). **Einfache Trachealhaken zum Gebrauch beim Canülenwechsel.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1905.*

Der Trachealhalter, dessen Vorzüge gegenüber den scharfen Häkchen beschrieben werden, ist in der Publication abgebildet und in zwei Grössen von der Firma H. Katsch, München, zu beziehen.

HECHT.

f. Schilddrüse.

100) **G. Coronedi. Biologische Bedeutung der Halogene für die Function der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen; ein experimenteller und theoretischer Beitrag. (Importanza biologica degli alogene nella funzione tiro-paratireidea; contributo sperimentale e teorico.)** *Arch. intern. Physiol. Vol. 2. S. 60. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

101) **G. Lovell Gulland. Vorläufige Notiz über Befund von eisenhaltigem Pigment in der Schilddrüse. (A preliminary note on the presence of pigment containing iron in the tyroid gland.)** *Lancet. Vol. 169. p. 506. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

102) **Wilhelm Magnus** (Christiania). **Serumbehandlung bei Morbus Basedowii. (Serumbehandling af Morb. Basedowi.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 699. 1905.*

Verf. hat mit gutem Erfolg vier an Morbus Basedow leidende Patienten mit Blut oder Serum von Schafen, die er selbst thyreoidectomirt hatte, behandelt.

E. SCHMIEGELOW.

103) **John Rogers** und **S. P. Beebe. Behandlung des Morbus Basedow durch ein specifisches Serum. (Treatment of exophthalmic goiter by a specific serum.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1906.*

Verff. beschreiben die Darstellung des Serum und berichten über die Resultate bei 41 Patienten. Acht Patienten wurden geheilt, 25 gebessert, bei 6 war der Erfolg negativ und 2 starben. Von vier Fällen von psycho- und neuropathischem Morbus Basedow wurden einer geheilt, zwei gebessert, einer blieb unverändert. LEFFERTS.

104) **G. E. Pfahler** und **M. C. Trusch. Morbus Basedow mit Röntgenstrahlen behandelt. (Exophthalmic goiter treated by the Roentgen-rays.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1906.*

Es handelt sich um eine 36jährige Frau, bei der nach einmonatlicher Behandlung eine wesentliche Besserung des Morbus Basedow zu constatiren war, sowohl was den Allgemeinzustand als die Schilddrüsenschwellung anbelangt. Es sind 31 so behandelte Fälle bekannt. Ob die Resultate bei ihnen permanent waren, ist nicht bekannt. EMIL MAYER.

105) **B. Jacques Curtis. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juni 1906.*

C. ist der Meinung, dass nur schwere Fälle, bei denen die medicamentöse Behandlung versagt hat, chirurgisch behandelt werden sollten, obwohl die Operation nicht etwa als ultima ratio betrachtet zu werden braucht. Man soll nur nicht in jedem Fall gleich frühzeitig zur Operation rathen, da viele sich durch medicamentöse Behandlung allein herstellen lassen. Die einzigen Operationen,

die in Betracht kommen, sind: partielle Thyreodectomie, Exstirpation des Sympathicus und der sympathischen Ganglia. LEFFERTS.

106) **F. J. Shepherd. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1906.*

Die einzige Methode ist die Entfernung der halben oder mehr als der halben Schilddrüse. Frühzeitige Operation ist geboten, besonders in den Fällen, in denen die Vergrösserung der Schilddrüse hauptsächlich auf einer Seite sich befindet und sie den nervösen Erscheinungen vorausgegangen ist. In extremen Fällen, wenn der Verlauf ein sehr schneller ist und das rechte Herz dilatirt ist, kommen besser andere Behandlungsarten in Betracht. Es wird über 18 Fälle berichtet; drei starben bald nach der Operation an Thyreoidismus; acht wurden völlig geheilt. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 28 Jahre; der älteste war 53, der jüngste 14 Jahre alt. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

107) **Weglowski. Beitrag zur Technik und Klinik der Oesophagoskopie. (Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.)** *Przeglad Lekarski. No. 20, 21, 22. 1906.*

Nachdem Verf. eine kurze historische Beschreibung der Oesophagoskopie gegeben, beschreibt er verschiedene Methoden derselben, die genaue Beleuchtung und verschiedene Schwierigkeiten beim Einführen dieses Instruments. Im Laufe der letzten $3^1/_2$ Jahre untersuchte Verf. mittelst Oesophagoskopie 350 Kranken. Herzleiden und Aneurysmen stellen keine Contraindicationen gegen Oesophagoskopie dar.

Verf. beschreibt und illustrirt eine ganze Reihe Bilder, die er mittelst der Oesosphagoskopie gesehen hat. In erster Linie vom normalen Oesophagus und dann verschiedene pathologische Zustände: 1. Verletzungen (thermische, chemische, mechanische). 2. Fremdkörper. Von diesen entfernte Verf. aus dem Oesophagus mittelst Oesophagoskop 23 (Münzen, Knochen, Nadeln, Glas u. s. w.). 3. Specielle Krankheiten des Oesophagus (acute und chronische Entzündungen), Tuberculose (2 Fälle), Syphilis (Geschwüre und syphilitische Narben), Actinomycose. 4. Gutartige Neubildungen (Papillome und Polypen in der Gegend der Cardia). 5. Eine ganze Reihe von krebsartigen Geschwülsten. 6. Narbige Stricturen des Oesophagus. In diesen Fällen gelang es Verf. in kurzer Zeit (3—4 Wochen), die Durchgängigkeit des Oesophagus herzustellen. 7. Spasmus cardiae (Verf. beobachtete 12 Fälle). 8. Ein Fall von Oesophagus-Divertikel. v. SOKOLOWSKI.

108) **Onodi. Röntgenbild eines Diverticulum oesophagi.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

Die Sonde geräth 23 cm hinter der Zahnreihe in ein Divertikel. Der mit Bismuthbrei gefüllte Sack erscheint im Röntgenbilde in der Apertur des Thorax linkerseits, ist von der Grösse eines Gänseeies. v. NAVRATIL.

109) **Lotheissen** (Wien). **Zur Behandlung des Speiseröhren-Divertikels.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1906.*

Für die Fälle, bei denen eine operative Beseitigung des Divertikels nicht in

Betracht kommt, ist durch Sondenbehandlung jedenfalls eine bedeutende Besserung zu erzielen. Autor verbesserte die üblichen Sonden nach verschiedenen Richtungen hin und liess sich behufs allmäliger Dehnung des verengerten Oesophaguslumens eine eigene „Dilatationssonde“ construiren, die in der Arbeit unter eingehender Beschreibung der Technik abgebildet ist und deren erfolgreiche Verwerthung ein einschlägiger Krankenbericht illustrirt.

HECHT.

110) **Bosse. Ueber einen klinisch interessanten Fall von Oesophaguscarcinom.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 39. 1905.*

Der Fall verlief in drei Monaten tödtlich unter hohem Fieber und schnellem Kräfteverfall. Trotz Oesophagoskopie wurde Abscess der Pleurahöhle nach Mediastinitis angenommen, infolge dessen zur Thoracotomie geschritten.

P. HELLAT.

111) **Allezais** und **Pluyette. Oesophagotomie wegen Kehlkopfkrebs. (Oesophagotomie pour cancer du larynx.)** *Marseille médical. No. 12. Juni 1906.*

Bei dem Patienten, um den es sich hier handelt, bestanden Schluck- aber keine Athmungsbeschwerden. Die Verff. öffneten den Oesophagus und vernähten das untere Ende mit der äusseren Haut. Exitus nach 3 Stunden.

BRINDEL.

112) **Sencert. 1. Ueber Oesophagotomia interna (ösophagoskopische) bei der Behandlung der Narbenstenose des Oesophagus. (De l'oesophagotomie interne [oesophagoscopique] dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage.) 2. Angeborene Oesophagusverengerung. (Rétrécissement congénital de l'oesophage.) 3. Oesophagotomia interna auf ösophagoskopischem Wege. Heilung. (Oesophagotomie interne oesophagoscopique. Guérison.)** *Revue médicale de l'Est. No. 9. 1906.*

In den beiden ersten Fällen wurde die Stenose durch Elektrolyse beseitigt. Ein bei der Oesophagussondirung einige Tage nach dem Eingriff gemachter falscher Weg führte in dem einen Fall eine Mediastinitis und den Tod herbei.

Im dritten Falle wurde die Oesophagotomia interna nach Analogie einer Urethrotomie gemacht. Es trat völlige Heilung ein.

BRINDEL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Oltuszewski, Wladyslaw. Ueber die Sprache und ihre Störungen (Stummheit, Lallen, Stottern u. s. w.) nebst einer Hygiene der Sprache.** (Polnisch.) — „O mowie i jey zboneuiach“.

Der seit vielen Jahren um das Studium der Sprachstörungen und deren Behandlung verdiente Verfasser, dessen einschlägige Einzelschriften wir in diesem Blatte schon mehrmals referirt haben, hat sich jetzt entschlossen, seine Erfahrungen in Form eines kleinen Handbuches zu sammeln und zu veröffentlichen.

Auf breiter philosophischer Basis und auf Grund einer scharf motivirten Lehre über die Degeneration bei den am häufigsten vorkommenden Sprach-

störungen wird ein logisch gebundenes, durch genaue anatomische, physiologische und psychologische Kenntnisse begründetes Bild der ganzen Logopathologie entworfen. Nachdem die verschiedenen einschlägigen Theorien kritisch erörtert werden, gibt der Verf. seine eigenen Ansichten über Pathogenese und Therapie der Sprachstörungen an und erläutert solche durch casuistische, aus eigener Erfahrung geschöpfte Beobachtungen. Ein besonderes, der Sprachhygiene gewidmetes Kapitel beschliesst das kleine, aber recht inhaltsreiche Buch. Auch eine Anzahl entsprechender Zeichnungen illustrirt den Text des Werkes.

A. Sokolowski.

b) Most, August. Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses in ihrer Bedeutung für die Chirurgie. August Hirschwald. Berlin 1906.

Das vorliegende Most'sche Buch giebt eine so ausgezeichnete Darstellung der Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses, dass wir, entsprechend der Wichtigkeit dieses Capitels, die vom Verf. gegebene Zusammenfassung wortgetreu abdrucken.

1. Die Lymphgefässe des Kopfes und des Halses kann man nach ihrem Verlaufe zweckmässig in verschiedene Lymphterritorien eintheilen. Diese letzteren entsprechen im grossen und ganzen dem Stromgebiet der Blutgefässe und speciell jenem der Venen. Die regionären Drüsen liegen vielfach dort, wo grössere Venenzusammenflüsse oder Arterienverzweigungen stattfinden.

2. Von diesem Typus weichen die Lymphgefässe häufig ab. Es sondern sich nicht selten einzelne Drüsen von ihren zugehörigen Gruppen mehr oder weniger ab. Die Lymphstämme verlaufen häufig bogen- und schlingenförmig, kehren alsdann zum alten Strombett zurück oder treten zu benachbarten Lymphgebieten und Lymphdrüsen über. Es ziehen mitunter gewisse Lymphstämme an näher gelegenen Drüsen vorbei. Es kann sogar vorkommen, dass die regionären Drüsen übersprungen werden und sich die Gefässe in die Drüsen der nächstfolgenden Etappe senken. Da die Lymphkapillaren überall die Mittellinie überschreiten, können mancherorts von der einen Organhälfte aus die contralateralen Drüsen injicirt werden. Auch die abführenden Lymphstämme können an einigen Stellen zur entgegengesetzten Körperseite übertreten.

3. Die einzelnen an Kopf und Hals in Betracht kommenden Lymphterritorien sind folgende:

a) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen dem Verlauf der Art. maxillar. externa und der Vena facialis anterior entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die Hauttheile der Kinn-, Lippen-, Nasen- und der angrenzenden Wangengegend, ferner die vordersten Schleimhautparthien der Nasenhöhle und die vorderen und seitlichen Parthien der Mundhöhle, sowie die medianen Parthien des äusseren Auges. — Die regionären Drüsen sind die submaxillaren und die submentalen Drüsen. An der Wange sind mitunter die Wangenlymphdrüsen eingeschaltet. Die zweite Etappe stellen die tiefen Cervicaldrüsen dar (vordere Gruppe).

b) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen dem Verlauf der Transversa faciei und der Temporalgefässe entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die

Hauttheile der Nasenwurzel, der Stirn, der Schläfe und der vorderen Scheitelgegend und die lateralen Parthien des äusseren Auges, sowie die vordere Circumferenz des äusseren Ohres. Die regionären Drüsen sind die Parotislymphknoten und die am unteren Parotispol gelegenen oberflächlichen Cervicaldrüsen. Die zweite Etappe sind wiederum die tiefen Cervicaldrüsen (vordere Gruppe).

c) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen dem Verlauf der Vena auricularis posterior entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die Scheitelgegend und die hintere Circumferenz des äusseren Ohres. Die regionären Drüsen sind sowohl die — mitunter nicht vorhandenen — Glandulae mastoideae, wie auch die tiefen Cervicaldrüsen, und hier hauptsächlich diejenigen, welche der Vena jugularis interna seitlich anliegen.

d) Das Lymphstromgebiet, welches im Wesentlichen den Occipitalgefässen entspricht. Sein Quellgebiet umfasst die Hinterhauptgegend. Die regionären Drüsen sind die — mitunter ebenfalls nicht vorhandenen — Occipitaldrüsen und die seitlichen tiefen Cervicaldrüsen (laterale Gruppe). Je weiter das Quellgebiet sich vom Nacken nach abwärts senkt, desto mehr richtet sich der Lymphstrom zu den supraclavicularen und schliesslich zu den axillaren Drüsen hin.

4. Die Schleimhautparthien der Halstheile der Athmungs- und der Verdauungswege entsenden ihre Lymphe zu den tieferen Cervicaldrüsen, und nur aus den vordersten Theilen der Nasenhöhle und den vorderen und seitlichen Parthien der Mundhöhle gelangen die Lymphadern auch zu den submaxillaren und submentalen Drüsen (conf. No. 3).

In diese erstgenannten Lymphwege sind verschiedene kleinere Drüsengruppen eingeschaltet, welche den Verdauungswegen mehr oder weniger anliegen. Es sind dies um Mundhöhle und Pharynx die Gl. sublinguales und retropharyngeales, um Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre die Gl. laryngeales und praetracheales, sowie die Gl. peritracheales am N. recurrens.

Die abführenden Lymphstämme verlaufen entweder nach vorn und abwärts, und zwar hinter dem Submaxillardreieck (aus Zunge, Gaumenmandeln), sowie durch die Membrana thyreo-hyoidea (aus Sinus piriformis und Kehlkopfeingang) zu den tiefen Cervicaldrüsen (vordere Gruppe), oder aber dieselben verlaufen nach hinten, lateralwärts und abwärts, also hinter dem Gefässnervenstrang und hinter dem Grenzstrang des Sympathicus (aus dem Naseninnern, der Tuba Eustachii und den rückwärts von ihr gelegenen Pharynxabschnitten) zu den tiefen Cervicaldrüsen, welche der Jugularvene seitlich anliegen, und zu jenen, welche lateral auf den Scalenis liegen. Aus den Halstheilen der Luft- und Speiseröhre gelangen die Gefässe vermittels der peritrachealen Drüsen im Wesentlichen zu den supraclavicularen Lymphknoten.

5. Die Lymphgefässe der submaxillaren Speicheldrüsen münden in die vordere Gruppe der tiefen Cervicaldrüsen; jene der Parotis münden, nachdem sie die in und an ihrer Substanz gelegenen Lymphknoten passirt haben, ebendorthin.

Aus der Schilddrüse werden die vorderen tiefen cervicalen und die supraclavicularen Drüsen gespeist. In die abführenden Lymphstämme sind die praelaryngealen, die praetrachealen und die peritrachealen Drüsen eingeschaltet.

6. Das Sammelbecken der gesammten Lymphe aus Kopf und Hals ist der Plexus cervicalis profundus, dessen Glieder als tiefe Cervicaldrüsen bezeichnet werden. Sie werden eingetheilt in eine obere (Gl. cervicales prof. sensu strictiori) und in eine untere (Gl. supraclaviculares) Gruppe. Die Grenze ist der Omohyoideus. — Die obere Gruppe, schlechthin tiefe Cervicaldrüsen genannt, sind practisch wiederum in eine vordere, um die grossen Halsgefässe gelagerte Gruppe, und in eine laterale, auf den Scalenis und dem Levator scapulae gelegene Gruppe einzutheilen. In der vorderen Gruppe springt typisch ein Lymphknoten besonders hervor, welcher nach abwärts vom lateralen Biventerbauch und an der Stelle gelagert ist, wo die Vena facialis communis gewöhnlich in die Vena jugularis mündet. Er nimmt die meiste Lymphe aus dem Submaxillar- und den Submentalgebiet auf. Ein zweiter typischer Drüsenkörper liegt an der Kreuzungsstelle des Omohyoideus mit der Drosselvene. Er empfängt directe Stämme aus Zunge und Larynx.

Aus dem Plexus cervicalis prof. gelangt die Lymphe in den Ductus thoracicus oder direct in die Vene.

7. Das Lymphgefässsystem besitzt auch eine hohe pathologische und klinische Bedeutung; denn es verbreitet sich bekanntlich eine grosse Reihe von krankhaften Processen zunächst und vor allem auf ihm. Dieser Umstand hat aber auch zur Folge, dass seine Topographie einem grossen Wechsel unterworfen ist. Es können danach nämlich einzelne Gefässe und Gefässbezirke verlegt, verstopft werden, so dass der Lymphstrom gezwungen ist, andere Wege zu suchen; es können wahrscheinlich wohl auch alte Lymphbahnen veröden und sich neue bilden, ja sogar neue Drüsen entstehen. Trotzdem hat aber die normale topographische Anatomie des Lymphgefässsystems auch für den Pathologen und Practiker einen nicht zu unterschätzenden Werth, da sie ihm gewissermaassen als Richtschnur in complicirten pathologischen Verhältnissen dienen kann.

8. Besonders der Chirurg wird sich bei seinen Operationen, zumal angesichts maligner Tumoren, der normalen Topographie des Lymphgefässapparates erinnern, um alle einem bestimmten Quellgebiet zugehörigen Drüsen berücksichtigen zu können. Dabei wird er auch all die oben beschriebenen Unregelmässigkeiten im Abfluss der Lymphe in den Bereich seiner Erwägungen zu beziehen haben.

9. Bei malignen Tumoren im Kopf- und Halsgebiet sollen stets in typischer Weise Drüsenausräumungen vorgenommen werden, und wo dies möglich ist, sollen die Drüsen sammt ihrem umgebenden Fettgewebe und den verbindenden Lymphbahnen in toto herausgelöst und nach dem Primärtumor hin abgehoben werden. Dies geschieht im Submaxillargebiet am besten nach dem Kocher'schen Verfahren im tiefen Cervicalgebiet in analoger Weise von unten nach oben hin.

10. Die Freilegung der Drüsengebiete wird in zweckentsprechender Weise durch die Kocher'schen Schnittführungen erreicht. Für das Submaxillardreieck kommt auch der Stieda'sche Lappenschnitt in Frage und das tiefe Cervicalgebiet legt ein grosser Kragen- oder Lappenschnitt oder aber ein musculo-cutaner Lappen, der den Kopfnicker enthält, in übersichtlicher Weise frei.

11. Für die Halsdrüsentuberculose sind ähnliche Grundsätze maassgebend. Bei uncomplicirten Lymphomoperationen kann man den Kocher'schen Querschnitt mehr nach der Supraclaviculargegend hin verlegen, also dorthin, wo ein Halskragen die Narbe leicht deckt. Vermöge der Elasticität der Halshaut ist es dann möglich, den Halsschnitt nach allen Richtungen hin zu verschieben und so fast alle Drüsengebiete für das Auge und das Messer zugänglich zu machen.

A. Kuttner.

---

c) Jahres-Versammlung der belgischen oto-larnyngologischen Gesellschaft.

Sitzungen vom 9. und 10. Juni 1906 in Brüssel.

Vorsitzender: J. Lecocq.

Nach der üblichen Begrüssung der Gäste gedenkt der Präsident der im verflossenen Jahre dahingeschiedenen Mitglieder, Schuster aus Aachen und Emile Meunier aus Paris.

Die Candidaturen zu Titulatur- und correspondirenden Mitgliedern werden, nachdem sie zuvor der zu diesem Zwecke ernannten Specialcommission unterbreitet worden, als angenommen erklärt.

I. Vorzeigen anatomischer Präparate.

Delsaux: Das Rhinophantom Killian's in stereoskopischer Photographie.

D. hat 5 stereoskopische Aufnahme von dem Killian'schen Rhinophantom angefertigt, die er in einem zusammenlegbaren Stereoskop von beschränktem Volumen und geringem Preis vorzeigt; dadurch ist das letztere Jedermann zugänglich geworden.

Das 1. Bild stellt einen Durchschnitt des Sinus maxill. mit seiner accessorischen Oeffnung, seinem Recessus und Communicationen mit dem Zahnsystem, seinen Beziehungen zum harten Gaumen und den benachbarten Theilen dar.

Auf der 2. Photographie sieht man einen Sagittalabschnitt der Nase mit der unteren und mittleren Muschel, der Bulla ethmoid., dem Sinus front. und sphenoid.

Die 3. Platte zeigt den unteren Nasengang nach Entfernung der gleichnamigen Muschel.

Eine 4. weist den gleichen Schnitt auf nach Entfernung der mittleren Muschel (Orific. semilunar. und Canal. nasofrontal.).

Endlich bei einer 5. Ansicht hat man offen vor sich alle Nasennebenhöhlen des Antr. front., die vorderen, mittleren und hinteren Siebbeinzellen, das Antr. sphenoidale und die natürlichen und accessorischen Oeffnungen des Antr. maxill.

Das Relief ist tadellos und geht an den demonstrativen Eigenschaften des Originals nichts verloren.

Lecocq (Wasmes): Riesenpolyp der Nasenhöhle.

60jährige Frau, linke Nasenhöhle vollständig ausgefüllt mit einer weisslichen, oberflächlich gerunzelten Polypenmasse, welche nach dem Larynx und

dem Pharynx herabsteigt und das Gaumensegel vorwärts drängt; eine Verlängerung desselben reicht bis an das linke Nasenloch. Entfernung des Tumors in zwei Zeiten, zum Theil von vorn, zum Theil von hinten. Stillung der Blutung durch hintere Tamponade. Der Tumor wiegt 100 g.

Carl Emil Delsaux (Lüttich): Tuberculose der Nasenscheidewand. Nasenlupus.

Mikroskopische Durchschnitte. Erste Curettage der durch mikroskopische Untersuchung genau festgestellten tuberculösen Nasenscheidewand mit darauffolgender Cauterisation mit dem Galvanocauter und mit 25proc. Acid. lacticum-Lösung. 3 Monate später Recidive. Neuer Eingriff. Nach Loslösung des Nasenflügels ausgiebige Exstirpation des ganzen Tumors; trotzdem Recidive nach einigen Monaten; ein Lupusknötchen entwickelte sich in der neugebildeten Narbe.

V. Delsaux fragt, ob es sich nicht um eine einfache Coincidenz handelt, oder ob der Autor nicht auf die Schnittfläche der Schleimhaut einige Koch-sche Bacillen inoculirt habe. Er räth, in dergleichen Fällen nur von den natürlichen Wegen aus zu interveniren, z. B. mit der Laurens'schen Zange, indem man weit über die Grenzen der kranken Gewebe hinausgeht.

Trétrôp hatte Gelegenheit, einen Nasentumor bei Lupus zu operiren. Er eröffnete die Nase in der Mittellinie und entfernte den Tumor galvanokaustisch. Die Kranke genas.

Bôval (Charleroi): Revolverkugel durch den Larynx gedrungen.

Die in unmittelbarer Nähe abgefeuerte Revolverkugel hatte den schützenden Arm durchsetzt und war am rechten Unterkiefelwinkel in den Hals durch den Kehlkopf gedrungen, beide Stimmbänder im Niveau des vorderen Drittels durchtrennend und blieb schliesslich nach aussen vom linken Schildknorpel stecken.

Die Tracheotomie wurde sofort vorgenommen, aber der Kranke weigerte sich, die Kugel ausziehen zu lassen. Nach einigen Tagen sah B. den Kranken wieder. Die Stimmbänder sind an ihrem vorderen Drittel zusammengeklebt, die Kugel eingekapselt und mit Ausnahme einer sehr gedämpften Stimme klagte der Kranke über nichts mehr. Die Radiographie zeigt die Trachealcanüle am Platze und die Revolverkugel auf der linken äusseren Halsseite, im Niveau des unteren Theiles des Schildknorpels.

Derselbe: Fremdkörper im Oesophagus.

Die Radiographie zeigt ein durchlöchertes 10-Centimesstück aus Nickel, welches transversal im Oesophagus eines 4jährigen Kindes im Niveau des zweiten Rückenwirbels steckt. Bei einem Brechanfall warf das Kind die Münze aus, gerade als man die Extraction vornehmen wollte.

Labarre (Brüssel): Laryngocele des Ventricul. Morgagni.

Der Autor zeigt eine lufthaltige Cyste, oder exact ausgedrückt, eine Laryngocele des linken Ventr. Morgagni vor. Beim Laryngoskopiren zeigte der Tumor alle Eigenschaften einer Cyste flüssigen Inhalts, die sich auf Kosten der linken aryepiglottischen Falte entwickelt zu haben schien. Es wurden mehrere galvano-



kaustische Punctionen vorgenommen, da aber keine Flüssigkeit sich entleerte und das Volumen des Tumors keine Veränderung zeigte, so entschloss sich L. zur galvanokaustischen Schlinge und entfernte auf einmal mit der grössten Leichtigkeit die Ventricularlaryngocele. Der Autor betont zunächst die Seltenheit dergleichen Fälle. Die Literatur enthält bis jetzt nur 4 Beobachtungen, bei welchen die Laryngocele strenge auf das Kehlkopfinnere beschränkt war. Meistens setzt sie sich auf eine zweite deutliche Extralaryngealtasche fort. Diese Form beobachtet man sehr häufig bei gewissen Affen, worüber Meyer eine sehr interessante Arbeit geliefert hat. Im gegenwärtigen Falle handelt es sich wahrscheinlich um eine anormale congenitale Verlängerung des vorderen Theiles des Morgagni'schen Ventrikels. Infolge von Hustenstössen bei einer Tracheobronchitis hat sich das Divertikel, der plötzlichen Luftdrucksteigerung nachgebend, dilatirt, um im Larynx den oben beschriebenen Tumor zu bilden. Erwähnenswerth ist noch, dass, im Gegensatz zu den gewöhnlichen Laryngocelen, das Volumen des Tumors von den Respirationsbewegungen kaum beeinflusst zu werden scheint. L. glaubt dies der grossen Dicke der Sackwand zuschreiben zu dürfen. Er insistirt auf der Art der Behandlung derartiger Affectionen und behält die Ueberzeugung, dass, obgleich die Mehrzahl der Autoren zur Laryngotomie rathen, die Abtragung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge die beste Methode bleibt, selbst für die Fälle, bei welchen eine extralaryngeale Tasche existirt, da man diese immer wieder durch einen entsprechenden Eingriff reseciren könne.

Hemaide (Brüssel): Kehlkopfstenose nach Intubation.

Kehlkopf eines 6jährigen Kindes, welcher in der Regio subglottica und besonders im Bereiche des Ringkorpels dichtes Narbengewebe zeigt, welches den vollständigen Verschluss des Respirationsraumes herbeigeführt hatte. Die Narbenstenose trat infolge der Intubation auf.

Cheval hatte Gelegenheit, das Kind bei seiner Consultation am St. Petrushospital zu sehen. Er schlug die Laryngofissur vor, welche aber verweigert wurde. Er begnügte sich alsdann damit, die verengte Stelle mit den Schrötter'schen Dilatatoren zu erweitern. Nach 2—3monatiger Behandlung verlor er das Kind aus den Augen. Einige Jahre später constatirte der behandelnde Arzt, dass der ganze unterhalb der Glottis gelegene Theil des Kehlkopfs durch Narbengewebe verengt war. Um diese Complicationen zu beseitigen, kam er auf den Gedanken, das fibröse Gewebe mittelst eines an den Handgriff für die O'Dwyer'sche Intubationsröhre angebrachten Bistouri zu durchschneiden. Es gelang ihm auf diese Weise, sich einen Weg in den seitlichen Theil des Narbengewebes anzulegen. Um dann die Dilatation des so geschaffenen Canals vorzunehmen, führte er von vorn unten nach oben durch die Trachealöffnung eine T-Canüle ein, mit der Absicht, das Caliber des aufsteigenden Stückes derselben progressiv zu vergrössern. Leider verstopfte sich die Trachealcanüle plötzlich mit Schleimmassen und das Kind erstickte während des Transports nach dem Hospital.

H. meint, dass es vielleicht besser gewesen wäre, statt der Secundärtracheotomie die Intubation nicht aufzugeben, unter Benutzung verschiedener calibrirter Röhren behufs Abwechselung der reibenden Oberfläche; man hätte auf diese Weise

gradatim eine Heilung erzielen können. Nachdem aber einmal die Verengerung ausgebildet war, bot die Tracheotomie mit Ausschneiden des Narbengewebes gewiss die einzige Aussicht auf Erfolg. Gewisse Operateure erzielten ebenfalls ein gutes Resultat mit der Resection der stenosirten Laryngealportion, indem sie Larynx und Trachea durch die Naht vereinigten.

Der Autor kennzeichnet noch das kühne Unternehmen, welches darin besteht, blindlings eine schneidende Canüle in eine Gegend einzuführen, in welche es schon so schwierig ist, selbst an der Hand einer guten Beleuchtung einzudringen.

Discussion:

Moure.(Bordeaux) macht auf die schweren Uebelstände der Tracheotomia intercricoid. thyreoid. bei Kindern und jungen Leuten aufmerksam. Wenn die Canüle einige Zeit liegen bleiben muss, so müsste man sich beinahe mit Sicherheit darauf gefasst machen, dieselbe nicht entfernen zu können. M. hat schon vor einigen Jahren diese Läsionen nach der Tracheotomie beschrieben und bildet der vorliegende eine vollständige Bestätigung seiner Veröffentlichung.

II. Vorzeigen von Instrumenten.

Broeckaert (Gent): Nasenrachenpolypenzangen.

Diese Zangen sind für gewisse, besonders bretthharte, schlecht gestielte Polypen, sog. Fibrome, bestimmt. Das eine Modell dient zur Extraction des Polypen auf retropalativem Wege; wenn man nicht die ganze Masse auf einmal herausziehen kann, ermöglicht die Zange eine Zerstückelung derselben, ohne Veranlassung zu beunruhigenden Blutungen zu geben. Das andere Modell kann den gleichen Zweck erfüllen, nur hat es eine andere Krümmung, weil es zur Extraction von Fibromen auf transmaxillar-nasalem Wege bestimmt ist.

B. zeigt noch eine Zange mit Krallen, um gewisse Fibrome sicher erfassen zu können, während man sie an ihrer Insertion lostrennt. Dieselbe ist nach dem Princip der Kocher'schen Kropfzange construirt.

Trétrôp (Antwerpen) zeigt eine Reihe von Instrumenten vor:

1. eine aseptische Verbandtasche für Untersuchung und Behandlung in den Wohnungen; die aseptischen Instrumente sind von den inficirten streng getrennt;

2. einen Gesichtsschirm gegen professionelle Infectionen; derselbe besteht aus einer sehr dünnen Celluloidplatte, versehen mit einem Brillengestell;

3. eine Taschenbatterie, den Gebrauch des Clas'schen Spiegels gestattend; dieselbe ist sehr leicht, ca. 500 g schwer, befindet sich in einem leicht tragbaren Kästchen und versorgt die Osmiumdrahtlampe von 4—6 Volt;

4. einen Spartransformator für städtische Elektricitätsleitungen zu galvanokaustischen Zwecken; derselbe ist mit Rhumkorff'schen Inductionswellen hergestellt, die Regulirung geschieht durch Verschiebung der Rollen und Verstellung der Feder; ein Rheostat ist überflüssig.



Labarre (Brüssel) zeigt:

1. einen aseptischen Gläserständer;
2. einen Sterilisator, zu verschiedenen Zwecken dienend.

Delsaux (Brüssel): Kehlkopfinstrumente.

D. zeigt Instrumente vor zur Entfernung von kleinen Stimmbandauswüchsen, besonders an den freien Rändern durch Auskratzen (Racloirs) mit der Schneide nach links oder rechts oder nach unten. Dieselben haben ihm grosse Dienste geleistet.

III. Kranken-Vorstellung.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Osteomyelitis des Oberkiefers und des Siebbeins mit Empyem des Sinus und der Orbita.

Neugeborenes Kind, welches am 3. Tage am linken und inneren Orbitalrande einen kleinen rothen Fleck zeigte, der sich immer mehr ausbreitete. Einige Tage darauf constatirte ein Augenarzt: ausgesprochenen Exophthalmus links, Eiterausfluss aus dem betreffenden Nasenloch, desgleichen Ausfluss aus einer Fistel des harten Gaumens und Existenz einer Fistel der Fossa canina, so dass er einen Entlastungsschnitt unter dem inneren Augenwinkel ausführen musste, um dem Eiter einen Ausweg zu verschaffen. Keine hereditäre Belastung nachzuweisen. Der Autor constatirte ausser dem angegebenen Befund: Die linke Nasenseite mit Eiter erfüllt, die Sonde stösst nach oben aussen zu in der Siebbeingegend auf nackten Knochen; die linke Nasenhöhle ist frei.

Die Untersuchung des Pharynx bucc. zeigt einen Eiterstreifen auf der hinteren Wand. Bei offenem Munde bemerkt man die beiden oben angeführten Fisteln. Die in die Fistel der Fossa canina eingeführte Sonde führt in eine Höhle von $1^1/_2$ cm Länge und ca. 1 cm Breite. Operation: Incision, ausgehend vom Nasenfortsatz des Stirnbeins, dem inneren Orbitalrand und einem Theil des unteren Orbitalrandes entlang. Die innere und untere Orbitalwand werden vom Periost entblösst bis zum Foramen optic. Im Bereiche der Lamina papyracea des Siebbeins fühlt man an verschiedenen Stellen kleine Sequester, welche leicht mit der Zange entfernt wurden; es sind da ebenfalls einige kleine Nischen, Siebbeinzellen darstellend, und zwei voluminösere, vollständig abgeschlossene und Eiter enthaltende Siebbeinzellen. Herstellung einer breiten Communication mit der Nase und Drainage vermittelst Einführung eines Jodoformgazestreifens zwischen Orbita und Nase. — Um jede Intervention auf der Vorderfläche des Oberkiefers zu vermeiden, wegen Befürchtung einer Zerstörung der Zahnsäckchen, nahm der Autor die Perforation der inneren Wand der Highmorshöhle vermittelst einer Kniezange vor. Der Exophthalmos heilte vollständig. Der Nasenausfluss, obgleich stark vermindert, dauerte noch 3 Wochen an, während welcher Zeit sich noch 5 kleine Sequester loslösten. Die hartnäckigere Sinusitis maxillaris wurde mit Ausspülungen behandelt, und da es sich wahrscheinlich um eine congenitale, syphilitische Nekrose handelte, verordnete W. während der Behandlung kleine Dosen Calomel.

Aus der Beobachtung geht hervor, dass man bei Neugeborenen nicht nur Empyeme der Kieferhöhle, sondern auch solche der Siebbeinhöhlen zu behandeln bekommt.

Derselbe: Kieferhöhlencyste.

Kranker, operirt an einer voluminösen, nach aussen zu entwickelten Cyste des linken Sinus maxill. dentären Ursprungs (seitlicher Schneidezahn). W. macht dabei auf ein beinahe constantes, von Gerber angegebenes Symptom aufmerksam, welches er bei der Mehrzahl der Cysten dentären Ursprungs angetroffen und auf das Vorhandensein eines bläulichen, renitenten Tumors unterhalb des vorderen Endes der unteren Muschel. Dieses Symptom beweist die grosse Wichtigkeit der rhinologischen Untersuchung für die Diagnose von Kiefercysten. Behufs der Radicalcur der Geschwulst legt der Autor einen Schleimhautschnitt an, beginnend am freien Rande der Oberlippe, von unten nach oben zur Gingivolabialfalte verlaufend und dann durch das Niveau dieser letzteren die vordere Sinuswand erreichend. Dieser sehr lange, nach Resection der vorderen Knochenwand auf den Sinusboden applicirte Lappen heilt gut fest, genirt keineswegs die Lippenbewegungen und füllt rasch die Sinushöhle aus.

Collet (Brüssel). Eine Reihe von mit Siebbeinausräumung auf endonasalem Wege operirten Kranken.

Die Kranken, ausgewählt aus der Abtheilung Delsaux's, waren Träger alter, hartnäckiger Affectionen und hatten alle möglichen Behandlungen durchgemacht. Im Allgemeinen war die Symptomatologie bei allen die gleiche: Verstopfung der Nase, hartnäckiger Ausfluss, Anosmie etc., Kopfschmerz, bald frontal, bald interoculär, bald auf dem Scheitel, bald im Nacken. Woran aber diese Kranken am meisten leiden, das ist der fortdauernde congestive Zustand im Halse und der Blutandrang nach den Sinnesorganen: Augen, Nase, Ohren, Kehlkopf, verbunden mit Schwindel, Ohrensausen, Gesichtsumnebelungen, welche diese Kranken trostlos und neurasthenisch machen. Bei allen handelt es sich um Polypen; sie kannten alle Instrumente, nur nicht die Zange von Luc, an welche Merck die Articulation der Grünwald'schen Zange angebracht hat. Mit diesem Instrument, nach vorheriger Cocainisirung, hatte C. mit Leichtigkeit zuerst den Kopf der Muschel, dann die ganze Muschel und sodann die übrig gebliebenen kleinen Polypen, welche bis in den letzten kleinen Siebbeinzellen staken, entfernt. Im Allgemeinen waren 10—20 Sitzungen nothwendig, um alle diese Polypen zu entfernen. Die lange und penible Behandlung verlangt von Seiten des Patienten viel Zutrauen und Courage und von Seiten des Arztes viel Ausdauer; aber dafür kann er über alle diese Polypen Herr werden, mögen dieselben symptomatische sein oder nicht, mit oder ohne gleichzeitige Sinusitis. Diese Siebbeinausräumungen bewirken „Entpfropfung“ aller Sinusöffnungen und zu gleicher Zeit einen weiteren Drainageweg für die Höhleneiterungen. Ist einmal der Nasofrontalcanal frei gemacht, dann sieht man die Symptome der Sinusitis frontalis besser werden und nach Eröffnung des Sinus sphenoid. die Eiterung verschwinden. Angesichts so vieler Heilungen fragt sich der Autor, ob es nicht wünschenswerth wäre, ehe man diese so schönen, aber blutigen Operationen von Gesichtspansinusiten vornimmt, systematisch zuvor diese so wenig brillante, aber sicher vortheilhafte Operationsmethode der „Siebbeinausräumung auf endonasalem Wege“ anzuwenden.

Goris: Recurrensorscheinungen im Gefolge von Thyroidectomie.

15 jähriges junges Mädchen, welches sich vor einem Jahre vorgestellt hatte mit Oppressionserscheinungen und Gefühl von Genirtsein im Gebiete der Gland. thyroid. Es war da in Wirklichkeit eine leichte Vorwölbung entsprechend einer dem Anscheine nach nicht bedeutenden Schilddrüsenhypertrophie zu constatiren. Von Seiten der Trachea keine Compression. Jodkalibehandlung während mehrerer Monate; kein Erfolg. Nach einem Jahre operirte G. die Kranke auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin. Er entfernte einen grossen Schilddrüsentumor, welcher zu $^4/_5$ retrosternal war. Beim Herausheben der Geschwulst aus der Brust bekam die Kranke einen heftigen Glottiskrampf, welcher von dem Augenblicke an aufhörte, als der Operateur den Tumor in zwei Theile zerschnitt, um auf die Trachea zu gelangen und die Tracheotomie vorzunehmen. Diese wurde übrigens erspart. Beide Recurrentes waren stark gezerrt, aber nicht durchschnitten, und zwar war der Nerv der rechten Seite herauspräparirt mit dem adhärirenden Schilddrüsengewebe, der linke Recurrens wurde später geklemmt, während der Ligatur der Art. thyr. inf. Laryngoskopisch findet man die beiden Stimmbänder unbeweglich, gewissermaassen halb gespannt, wie man es im Beginn der Compression des Laryngeus durch Oesophaguscarcinom sieht.

Moure, der die von Goris vorgestellte Kranke nicht untersucht hat, ist überzeugt, dass keine Paralyse der Abductoren (?) besteht, da die Stimme erhalten ist. Was die Kropfabtragung anbelangt, so fragt er sich, ob Goris Gründe hatte, die Thyroidectomie vorzunehmen, anstatt die intraglanduläre Enucleation auszuüben, welche die Recurrentes viel sicherer vor Verletzungen schützt.

Broeckaert (Gent) hat die Kranke aufmerksam untersucht und bezweifelt eine vollständige Restitutio ad integrum der Functionsfähigkeit der Stimmbänder.

Darauf antwortet Goris, dass es unmöglich sei, das Verfahren vorher zu bestimmen, welches man einschlage; übrigens sei, wie Kocher sagt, die Enucleation keine so inoffensive Operation, als man sich vorstelle, zumal man sich manchmal in Gegenwart enormer Venen befindet, welche bei der geringsten Berührung einreissen. Was die bei der Kranken beobachteten Recurrenslähmungen anbelangt, so steht fest 1. dass der rechte Nerv nicht berührt wurde, 2. dass derselbe linkerseits leicht verletzt wurde beim Einklemmen der Thyr. inf.; aber er ist überzeugt, dass sich der Nerv in diesem Falle wieder regeneriren würde. Er werde die Kranke in der nächsten Versammlung wieder vorstellen.

Derselbe: Totalresection des ganzen Kiefers wegen Carcinom des Oberkiefers, des Siebbeins und des Sinus sphenoid.

Der bösartige Tumor hatte seine Entstehung im Sinus sphenoid. genommen, das Siebbein zerstört und den ganzen Unterkiefer ergriffen. Goris fürchtete für das Leben des Kranken, weil er das Neoplasma mit dem Augenmuskel herausschneiden und bis in den Sinus sphenoid., dessen untere und äussere Wand er resecirte, verfolgen musste. Besonders der letztere Eingriff war gefährlich, wenn man an den innigen Zusammenhang mit dem Nerv. opticus denkt. Trotzdem ist das Sehvermögen intact geblieben.

Broeckaert: Fall von Ozaena, seit mehr als 3 Jahren geheilt mit submucösen Paraffininjectionen.

23jährige Frau, vorgestellt im Jahre 1903 in der belg. otolaryngol. Gesellschaft mit einer atrophischen ozaenatösen, typischen, in 5 Sitzungen mit flüssigen Paraffininjectionen geheilten Coryza. Seit dieser Zeit wurde nicht mehr die geringste Behandlung vorgenommen und trotz des Nichtgebrauchs von Ausspülungen hielt die Heilung an. Keine Krustenbildung, kein übler Geruch, kein Kopfschmerz mehr; der Geruch ist vollständig wiedergekehrt. — B. hat die Mehrzahl der mit Paraffin vor 3—4 Jahren behandelten Kranken wieder gesehen. Bei allen hat das günstige Resultat angehalten ohne jede nachfolgende Behandlung.

Lermoyez (Paris): Die von Broeckaert vorgestellte Kranke bietet ein grosses Interesse in Bezug auf die Pathogenie der Ozaena dar. Dank den Paraffininjectionen ist die Ozaena geheilt und bleibt seit 3 Jahren geheilt, insofern als keine Bildung von Krusten und fötiden Secretionen mehr stattfindet; aber sie bietet ausserdem noch ein wichtiges Factum, nämlich die sehr bemerkenswerthe Weite der Nasenhöhle. Das beweist wieder einmal mehr, dass die Erweiterung der Nasenhöhle nicht die Ursache der Ozaena ist und dass die Paraffininjectionen nicht dadurch wirken, dass sie raumerweiternd sind, wohl aber durch die Modification der Schleimhauternährung, worauf Broeckaert in seinen Arbeiten schon aufmerksam gemacht hat.

Capart sen.: Nasenrachenfibrome.

Vorstellung einer Reihe von Kranken mit Nasenrachenfibromen, gebessert oder geheilt durch Elektrolyse.

Moure (Bordeaux): Die Fälle, welche C. uns soeben vorgestellt hat, bestimmen wieder einmal mehr den Sitz oder die Infectionsstelle fibröser Nasenrachenpolypen. Diese Tumoren inseriren sich in der That nicht, wie die klinischen Autoren schreiben, im Nasopharynx, wohl aber in der einen oder anderen Nasenhöhle. Dieses Factum hat seine Wichtigkeit für die Intervention, insofern als der Gaumenweg besonders geeignet ist für Tumoren, welche in das Cavum hineinragen, während der transmaxillonasale Weg seine Verwendung findet bei Polypen, welche in die Nasenhöhle vorspringen. Endlich ist es interessant, die pathologische Natur dieser Tumoren festsuztellen, um diejenigen, welche recidiviren, unterscheiden zu können von denjenigen, welche die Tendenz haben, zu verschwinden; denn der Operateur darf nie allzusehr auf die Abtragung rechnen, um die Versicherung geben zu können, dass er keinen Rest zu einem Reciv zurückgelassen. Wir wissen nur, dass die Nasenrachenpolypen die Tendenz haben, nach einem gewissen Alter zu verschwinden.

Lermoyez (Paris): Die Recidive der Nasenrachenpolypen hängen mehr von ihrer Structur als der Art und Weise der Operation ab. Diejenigen von jungem Typus, also mit Vorherrschen junger Elemente, selbst wenn sie vollständig operirt sind, recidiviren eher, als die Polypen von fibromatösem Typus mit ausgewachsenen Elementen, selbst wenn sie vollständig operirt sind.

Goris wünscht auf der nächsten Versammlung einen der von Capart vorgestellten Patienten wiederzusehen, da bei demselben noch ein zweifingerdicker,

an der Schädelbasis inserirter Stiel vorhanden sei. Hier liegt die interessante Seite der Methode, da feststeht, dass man selbst nach vollständiger Abkratzung der Insertionsstelle noch Recidive gesehen hat.

Schiffers (Lüttich): Epitheliom des Larynx.

Sch. giebt Nachricht von einem Kranken, von dem er in der Sitzung vom Juni 1904 für Kehlkopfepitheliome charakteristische mikroskopische Präparate vorgelegt hatte: Streng linksseitig unilateralisirter Tumor von der Grösse einer Bohne mit dem klinischen Charakter des Epithelioms. Insertion am inneren Rand der unteren Fläche des Stimmbandes mit Uebergreifen auf die Reg. subglottica. Nach verschiedenen endolaryngealen Eingriffen und angesichts der Recidive wurde dem Kranken die Thyreotomie vorgeschlagen, welche er zurückwies, wenigstens für den Augenblick. Nach neuen Exstirpationsversuchen zeigte sich kein Recidiv mehr, wenigstens bis vor 2 Monaten, als Sch. den Kranken zum letzten Male sah. Er hatte nur noch eine leichte Dysphonie und der Allgemeinzustand war befriedigend.

Parmentier und Fallas (Brüssel): Papillom der Stimmbänder.

6jähriges Kind, welches an intermittirenden dyspnoischen Anfällen mit Rauheit der Stimme und auf Distanz vernehmbarem respiratorischen Geräusch leidet. Beginn vor 4 Monaten nach einer Erkältung. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man über den Stimmbändern im Bereiche der falschen Stimmbänder rothe, polypoide, mamelonnirte sesshafte Wucherungen, welche die Stimmbänder verdecken und die vordere Kehlkopthöhle verdecken. Bis jetzt wurde noch keine Intervention versucht; die Autoren wollten zuvor die Meinung ihrer Collegen hören.

Beco glaubt nicht, dass es sich um Papillome handle, wohl aber um eine hypertrophische Form von Laryngitis, eingepflanzt auf wahrscheinlich tuberculösem Boden. Eine blutige Intervention scheine ihm von keinem Vortheil zu sein und zieht er locale Caustica und noch besser einfach umstimmende Mittel vor.

Moure ist für Abtragung mit der Zange, gefolgt von Curettage und Cauterisation.

Bayer und Capart sind ebenfalls der Meinung, dass es sich nur um entzündliche Proliferation, aber nicht um wirkliche Papillome handle.

Fallas (Brüssel); Einige Fälle von Kehlkopfstenose.

1. Kehlkopfstenose mit Paralyse des linken Stimmbandes.

20jähriger Mann durchschnitt sich bei einem Selbstmordversuch den Kehlkopf in der Höhe der Membr. cricothyroid. Sorgfältige Naht; der Kranke verliess geheilt das Spital. Jedoch das laryngoskopische Bild war nicht normal: unterhalb des linken Stimmbandes erblickte man einen Vorsprung, welcher in der Folge Erscheinungen von Stenose herbeiführen musste. Der Kranke wurde plötzlich von Suffocationsanfällen befallen, die die Tracheotomie nöthig machten. Die Untersuchung des Kranken in diesem Augenblicke zeigte eine Stenose, herrührend von sich retrahirendem Narbengewebe, welches die linke Kehlkopfseite und das gleichseitige Stimmband in sich einschloss; das rechte Stimmband war in einem paretischen Zustande. Der Verschluss wurde in sehr kurzer Zeit vollständig, während

die rothen, in Adduction befindlichen Stimmbänder den Einblick in die Reg. subglottica verwehrten.

Die Eröffnung des Larynx von aussen zeigte, dass es sich wohl um eine vollständige subglottische Stenose handelte, die zwischen der Glottis und der durch die Tracheotomie gemachten Wunde gelegen ist. Einführung einer langen Canüle, welche von der Membr. cricothyroid. bis unterhalb der Verengerung reicht, und Verschluss des Larynx durch die Naht. Tags darauf musste die den Kranken stark belästigende Canüle entfernt werden, da man Gefahr lief, dass sie sich verlagern werde und das Leben desselben bedrohe. Einführung einer tief gelegenen, gewöhnlichen Canüle. Um endlich eine neue Stenose zu verhüten, wurden mehrere Dilatationssitzungen vermittelst O'Dwyer'schen Intubationsröhre und Schrötter'schen Dilatoren vorgenommen. Diese Versuche waren aber vergeblich und gegenwärtig ist die Stenose wieder da. Es besteht nur noch eine ganz kleine, einige Millimeter betragende Oeffnung, durch welche die Luft streicht, wenn man die Canüle entfernt; die linke Larynxseite ist roth; das unsichtbare Stimmband scheint in der Narbenretraction aufgegangen zu sein, aber die Schleimhaut dieser Wand faltet sich und bildet so eine Art gelegentlichen Stimmbandes, das mit dem wieder vollständig mobil gewordenen rechten Stimmbande in Contact tritt.

Bemerkt muss noch werden, dass während des ersten, auf die Laryngotomie folgenden Tages, die Stimme absolut rein war. Die einzige annehmbare Explication der vorübergehenden rechten Stimmbandparalyse ist Unbeweglichkeit in Folge von Nichtgebrauch. Was das linke Stimmband anbelangt, so ist dasselbe in Narbengewebe eingeschlossen und scheint demnach auf immer verloren zu sein.

Der Autor möchte wissen, ob man eine neue Intervention versuchen soll und eventuell welche und welches Resultat man dabei erzielen dürfte.

2. Subglottischer Abscess, gefolgt von Stenose.

12jähriges Kind wurde mit asphyktischen Erscheinungen ins St. Johannishospital gebracht. Intubationsversuche blieben fruchtlos, daher Tracheotomia intercricothyroidea. Tags darauf beim Verbandwechsel ergoss sich ein Strom Eiter; keine Diphtheritis. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man einen subglottischen Abscess in Form eines Zwerchsacks mit einem Krater unterhalb des linken Stimmbands. Nach Heilung des Abscesses Unmöglichkeit die Canüle zu entfernen. Zahlreiche Dilatationsversuche mit O'Dwyer'schen Röhren und den Boulay-Mandrinen ohne Resultat. Später infiltrirten sich die falschen Stimmbänder und schwollen an, die Glottis und tieferen Gegenden verdeckend. Laryngotomie und Resection der zahlreichen subglottischen Granulationswucherungen und des epidermisirten Narbengewebes. Einführung einer tiefliegenden Canüle. Da die Stenose die Tendenz hatte, sich zu reproduciren, wurde eine neue Reihe von Dilatationsversuchen gemacht, welche definitiv fruchtlos blieben. Patient befindet sich augenblicklich eher besser, wird aber definitiver Canülenträger bleiben.

3. Fall von Kehlkopfstenose, behufs Diagnose.

61jähriger Mann, acquirirt vor 10 Jahren Syphilis, wird rapid aphonisch, ohne Fieber, Schmerz und Husten. Einige Tage später consultirte er Delsaux,

welcher den Kehlkopf infiltrirt und auf der rechten Seite geröthet fand; die Schleimhaut zeigte keine Spur von Ulceration, secernirte aber reichlich Schleimeiter. Trotz aller Medication (Hg., Jodkali etc.) kein besonderes Resultat. Die Beschwerden verminderten sich rechts, setzten sich auch auf die linke Seite fort. Letzten November, also über 1 Jahr seit Beginn der Zufälle im Kehlkopf, stellte sich der Kranke wieder vor mit heftiger Dyspnoe, welche die Tracheotomie erheischte. In diesem Augenblick waren die Stimmbänder infiltrirt, stark geröthet und nur einen ungenügenden Raum für die Respiration zwischen sich lassend. Volumszunahme der ganzen linken Kehlkopfhälfte und Schmerzhaftigkeit beim Berühren. Unter dem Einfluss von Ruhe und feuchtwarmen Einwickelungen besserten sich die acuten Erscheinungen und der Kranke verliess das Spital auf dem Wege ernster Besserung. Die Stimme wurde ziemlich hell, die Anschwellung des Larynx bildete sich zurück und das Allgemeinbefinden hob sich, aber gegen Ende Januar stellten sich unter dem Einflusse einer Erkältung neue Zufälle ein. Der Kranke klagte über Dysphagie, reichliche Salivation, dumpfe Schmerzen im ganzen Kehlkopf, der von neuem ganz bedeutend, hauptsächlich auf Kosten der rechten Seite, an Volumen zugenommen. Der Zustand hat sich gegenwärtig noch verschlimmert, der Kranke verliert den Appetit, schläft schlecht, ist abgemagert, hustet nicht und hat keinen Auswurf; der Allgemeinzustand, obgleich deprimirt, ist nicht allzusehr alterirt. Das laryngoskopische Bild ist sehr schwer zu definiren: die Stimmbänder und Aryknorpel sind verschwunden, markirt von rothem Granulationsgewebe, das den ganzen Larynx mit Einschluss der aryepiglottischen Falte bedeckt. Nirgends entdeckt man eine Lymphdrüsenanschwellung längs des Halses.

In Anbetracht dieser alternativen Besserung und Verschlechterung, des Ueberspringens der Affection von der rechten Seite auf die linke, um später ihre Höhe rechts zu erreichen, wird es schwer, eine sichere Diagnose zu stellen. Zuerst wurde sie für specifisch, dann für krebsig und darauf für tuberculös gehalten. Später neigte man sich zur Chondritis und Perichondritis und scheint es gegenwärtig noch diese letztere Diagnose zu sein, bei welcher man vorausichtlich bleibt.

Schiffers spricht sich für die carcinomatöse Natur der Affection aus.

Capart sen. meint, es handle sich um eine syphilitische Manifestion, obgleich die Mercurialcur allein oder verbunden mit Jod, sogar zu hohen Dosen, ohne Resultat geblieben. Er räth zu massiven, intramusculären Calomelinjectionen; dieselben hätten eine sehr ausgesprochene Wirkung in derartigen Fällen.

Goris ersucht Fallas, die Mitglieder der Gesellschaft über das Resultat, welches die Dilatation der zwei vor diesem Falle vorgestellten Fälle ergeben werde, auf dem Laufenden zu erhalten.

Van Swieten: Fremdkörperextraction aus dem Bronchus durch Tracheotomie.

11jähriges Kind, welches eine kleine Kette mit einem hölzernen Pfeifchen verschluckt hatte. Im gleichen Augenblick war ein Erstickungsanfall aufgetreten. V. Sw. fand das Kind normal athmend, Stimme hell, weder über Beschwerden noch Schmerzen klagend. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erscheint Kehlkopf und Trachea frei. Die Radioskopie ergiebt nichts. Plötzlich tritt von Neuem

Cyanose auf. V. Sw. führte rasch die Tracheotomie aus, welche die Respiration wieder herstellt, aber das Hinderniss nicht beseitigt. Im Trachealrohr von der Glottis bis zu den Bronchien ergab die Untersuchung nichts. Einsetzen einer Canüle; die asphyktischen Erscheinungen wiederholten sich, so dass die Canüle wieder entfernt werden musste. Die Autor reizte nun die Trachealschleimhaut und löste so einen Hustenreiz aus, welcher plötzlich einen Fremdkörper erscheinen liess, der unmittelbar vermittelst einer Zange entfernt wurde.

Naht der Trachea in ihrem unterem Theil, die Canüle wird wieder eingeführt während 48 Stunden wegen des Auftretens eines Hautemphysems. Rasche Wiederherstellung.

IV. Bericht.

Die chirurgische Behandlung von Oesophagusverengerungen.

Berichterstatter: Duchesne (Lüttich).

D. recapitulirt zuerst die für das Verständniss des Gegenstandes nothwendigen anatomischen und physiologischen Kenntnisse, dann geht er auf die Aetiologie der Speiseröhrenverengerungen über. Er unterscheidet 1. solche, welche als Grund Läsionen der benachbarten Organe aufweisen und das Caliber des Oesophagus durch Compression oder durch Fortpflanzung der daneben aufgetretenen Affection auf denselben beeinträchtigen und 2. solche, deren Ursache ihren primitiven Sitz im Oesophagus hat. Zu den Ursachen der 1. Gruppe gehören die Läsionen der Wirbelsäule, gewisse Alterationen der Trachea, Infiltration der Tracheobronchiallymphdrüsen, eitrige Pleuresien, Kröpfe und Schilddrüsentumoren, Aneurysma der Carotis und des Aortenbogens, Phlegmone des Periösophagealbindegewebes, Läsionen das Pericardiums, Carcinom des linken Leberlappens etc.

Die eigentlichen Speiseröhrenverengerungen: alle Krankheiten, welche eine Verschwärung im Oesophagus hervorrufen können, können durch eine fehlerhafte Vernarbung eine Verengerung dieses Organs hervorrufen: Scharlach, Typhus, Variola, seltener die Tuberculose; die Syphilis, besonders die tertiäre; das einfache Speiseröhrengeschwür ist ebenfalls sehr häufig von Narbenstrictur gefolgt; man hat ebenfalls Verengerungen infolge von chronischer Oesophagusentzündung beschrieben. Unter den Tumoren sind zu nennen: das Carcinom; Oesophaguspolypen sind sehr selten. Sehr entwickelte Oesophagusvaricen können ebenfalls die Deglutition beeinträchtigen. Die Mehrzahl von Oesophagusstenosen rühren von Wunden her, hervorgebracht durch längeres Verweilen von Fremdkörpern im Oesophagus oder durch Extractionsversuche, ferner durch äussere Traumen, wie Schiesswunden, und hauptsächlich durch Verbrennungen mit verschluckten heissen oder caustischen Flüssigkeiten. Zur Diagnosestellung giebt es ziemlich viele Hülfsmittel:

Die Untersuchung mit dem Laryngoskop lässt die ganz oben im Oesophagus befindlichen Verengerungen erkennen. Die Digitaluntersuchung gestattet nur die Nachbartheile des Oesophagus zu palpiren. Die Auscultation der Cardia kann nur unvollständigen Aufschluss geben. Das Durchpressgeräusch von Meltzer hört man bei Oesophagusverengerungen nur viel später. Das Verfahren, welches ziemlich exacten Aufschluss giebt, ist der Katheterismus. Die Radiographie und Radio-

skopie sind Mittel, die man nicht ausser Acht lassen darf. Indessen ist es die Oesophagoskopie allein, welche im Stande ist, uns Rechenschaft von allen Elementen der Diagnose zu geben. Kurz gesagt, keines der Mittel lässt sich immer und in allen Fällen anwenden. Dieselben müssen sich häufig gegenseitig ergänzen. Man muss immer vorsichtig sein beim Einführen eines Instruments in den Oesophagus und nie forciren, sonst setzt man sich den schwersten Gefahren aus, denn oberhalb der Verengerung ist das Lumen des Oesophagus häufig vergrössert, dilatirt und die Wand sehr verdünnt. Was die Behandlung anbelangt, so kommt in Betracht:

Die Cauterisation: heut zu Tage beinahe ganz verlassen.

Die Oesophagotomia externa: Dieselbe wird beinahe exclusiv vorgenommen bei Verengerungen des oberen Theils des Oesophagus und ist verbunden entweder mit Dilatation oder Excision der Verengerung. Wenn die Oesophagotomia externa nur die Ernährung des Kranken zur Aufgabe hat, dann ist sie eine Oesophagostomie, Verfahren von Glück, um dem Kranken die Illusion einer normalen Deglutition zu verschaffen. Einige Autoren sind dem Oesophagus vom Pharynx beigekommen. Gefährliche Operation, die nur ausnahmsweise vorgenommen werden wird.

Die Oesophagotomia interna: Leider lassen sich die dafür angegebenen Instrumente, selbst die vollkommensten, nicht in allen Fällen anwenden, da es undurchdringliche Verengerungen giebt, oder solche, die so erscheinen. Die Oesophagoskopie leistet auch hier gute Dienste, weil man unter ihrer Controle die für die Oesophagotomia interna bestimmten Instrumente einführen kann. In gewissen Fällen kann man auch die Radioskopie dazu verwenden. Nach Hartmann existiren derartig harte und dicke Verengerungen, dass man sie nicht mit diesem Verfahren trennen kann, dass es auch nicht ohne Gefahr ist, weil man periösophageale Phlegmone und tödtliche Hämorrhagien danach beobachtet hat. Jedenfalls darf man einen Kranken, an dem die innere Oesophagotomie ausgeübt wurde, nicht sich selbst überlassen, und muss er sich hinterdrein der Vornahme von Dilatationen unterwerfen, welche in der ersten Zeit rasch aufeinander folgen, später seltener vorgenommen werden müssen.

Die Dilatation: Das gewöhnlich angewendete Mittel und das, welches meistens die anderen vervollständigt. Man zieht die progressive und temporäre Dilatation der brüsken und permanenten vor. Man muss die Bougies mit Vorsicht und Schonung einführen, nie forciren; wenn man auf grossen Widerstand stösst, ein feineres Bougie wählen; kommt man nicht durch, so muss man die Oesophagoskopie und Radioskopie zu Hülfe nehmen, nie dem Kranken erlauben, sich die Bougies selbst einzuführen; die Fälle von Perforation des Oesophagus infolge von Katheterismus durch den Arzt sind schon nicht selten! Man soll nicht über 20 bis 22 mm beim Erwachsenen und 15—19 mm beim Kinde hinausgehen.

Die Elektrolyse: Darf nur vorgenommen werden, wenn man sich mit allen Garantien versieht. Einige Tage nachher wird zur Dilatation geschritten.

Die Gastrotomie: Ist bestimmt für undurchdringliche Verengerungen, wenn alle angeführten Mittel sich nicht anwenden lassen. Von der Magenwunde

aus kann man den retrograden Katheterismus vornehmen und die Dilatation von Verengerungen erzielen, denen man von der Wunde aus nicht beikommen konnte.

Cheval glaubt, dass der Autor mehr auf die Gefahren der Methode mit directer Exploration des Oesophagus hätte eingehen müssen. Derselbe preist die radioskopische Untersuchung an, welche ihm augenblicklich zu sehr hintangesetzt erscheint und die doch allen anderen Extractionsmethoden wegen ihrer Gefahrlosigkeit vorausgeschickt werden sollte.

De Stella giebt zu, dass die instrumentale Untersuchung des kranken Oesophagus nicht ohne Gefahr ist; er glaubt aber doch, dass dieser Vorwurf sich nicht gegen das Oesophagoskop richtet, welches immer unter der Controle des Gesichts gehandhabt wird, wohl aber gegen die Ungeschicklichkeit des Operateurs.

Lermoyez citirt einen Fall, bei welchem die Radioskopie nach einer Versuchsmahlzeit einen offenbaren Oesophaguskrebs erkennen liess und wo die Oesophagoskopie die Existenz einer Fissur im unteren Theil des Pharyx mit Oesophagospasmus erwies, daher die Unmöglichkeit, die Speisebissen durchzulassen. Die einfache Cocainisirung der Fissur genügte, die Heilung des Kranken herbeizuführen.

Moure hebt zuerst hervor, dass sich ein leichter Irrthum in dem Bericht Duchesne's eingeschlichen habe, welchen man übrigens bei allen Klassikern wiederfinde, nämlich dass die Oesophaguswände aneinander angelegt sind, wie man gewöhnlich annimmt, während das Gegentheil der Fall ist. Er urgirt darauf den von Lermoyez angeführten Punkt, der die Bedeutung der Oesophagoskopie und ihre unbestrittene Nützlichkeit beweist.

Beco: Wahrscheinlich wurde der Kranke, von dem Lermoyez eben sprach, im wachen Zustande untersucht. Er glaubt, dass man die Untersuchung in der Narkose zu oft vergisst, und ist es wahrscheinlich, dass im vorliegenden Falle die Diagnose einer organischen Stenose hätte aufgegeben werden müssen.

Trétrôp führt behufs Rehabilitirung des Oesophagoskops den Fall eines Säbelschluckers an, der sich in der Ausübung seiner Kunst verletzt hatte; vier Monate lang mit Dilatation behandelt, stellt er sich in Trétrôp's Klinik vor, mit der absoluten Unmöglichkeit, etwas hinunterzuschlucken. Die Oesophagoskopie ergab eine Verengerung 15,5 cm von den Zahnreihen entfernt. Ein feiner Killian'scher Watteträger mit einem in eine Adrenalin-Cocainlösung getauchten Wattetampon überwindet die Verengerung und wird in den Magen gestossen. An demselben Abend konnte der Patient Nahrung zu sich nehmen, die Stenose erschien aber am anderen Tage vollständig wieder. Auf die chirurgische Abtheilung geschickt, wurde er mit der Oesophagotomia externa operirt und erlag einige Tage später. Die Autopsie bestätigte die Richtigkeit des Ergebnisses der Oesophagoskopie und ausserdem noch einen voluminösen Retrooesophageal-Abscess.

Capart jun. stimmt damit überein, die Vorzüglichkeit der Untersuchungsmethoden zu bestätigen, wünscht aber auch die Reihenfolge ihrer Anwendung zu betonen.

Die radioskopische Untersuchung sollte immer der Einführung jedweden Instruments in den Oesophagus vorausgehen.

Man hat kürzlich noch zwei Todesfälle infolge bronchoskopischer Manipulationen bekannt gemacht.

V. Verschiedene Mittheilungen.

Nachmittagssitzung im physiologischen Institut.

Broeckaert (Gent): Normale und pathologische Inclusion von hartem und weichem Paraffin in den Geweben. Lichtprojectionen von mikroskopischen Schnitten.

Der Autor hat an zahlreichen anatomo-pathologischen Präparaten das Schicksal verschiedener zur Prothese verwandter Paraffinpräparate studirt. Er zeigt, wie nach einer mehr oder minder kurzen Zeit Vaseline und weiches Paraffin der Resorption anheimfallen und durch Zellengewebe ersetzt werden. Wenn auch diese Substitution gradweise vor sich geht ohne zu lebhafte Reaction, das entfernte Resultat bleibt gut; wenn aber aus dem einen oder anderen Grunde, sei es im Augenblick der Injection, sei es später, eine neue Reizursache auftritt, so wird die normale, reactionelle Hyperplasie pathologisch und giebt zu mehr oder weniger ernsten Störungen Veranlassung. Zum Belege dieser These zeigt B. mehrere Schnitte, bei welchen Injectionen von Vaselin und weichem Paraffin Pseudotumoren veranlasst hatten, welche morphologische Beziehungen zu gewissen Fibrosarkomen und selbst zu pseudotuberculösem Gewebe zeigten. Man kann indessen nicht von Neoplasie sprechen, weil das ganze reactionelle Gewebe mit einer Transformation in fibröses Gewebe endigt. Das solide Paraffin, wenigstens dasjenige, dessen Schmelzpunkt über 50° liegt, scheint dieser Resorption zu entgehen. Die Paraffinalveolen umgeben sich schliesslich mit compactem, fibrösem Gewebe, das keinen Saum mehr von jungen, auf dem Organisationswege befindlichen Elementen darbietet. Das feste Paraffin von 50° hat demnach unbestreitbare Vorzüge bei der äusseren Prothese gezeigt, da Autor bei 210 Fällen von Nasenprothe keinen einzigen, irgendwie belangreichen Misserfolg zu verzeichnen hat; manche der Resultate halten schon seit mehr als 4 Jahren an.

Derselbe: Ueber die Aetiologie der Ozaena. (Mit Projection mikroskopischer Schnitte.)

Infolge der Untersuchung einer grossen Anzahl von Ozaenakranken entnommenen Schleimhautschnitten verschiedenen Grades ist B. dahin gelangt, die Ozaena als eine specielle chronische Entzündung der Nasenschleimhaut, insbesondere der unteren Muscheln, aufzufassen, welche auf die Länge zu einer diffusen Sklerose der Schleimhaut führt. Die wichtigsten Veränderungen sind die Horndegenerescenz der oberen Epithelschichten und die degenerative Alteration der Drüsen der Respirationsschleimhaut. Infolge der Gefässmodificationen treten nutritive Störungen auf, welche auf die Schleimhaut, den Knochen und das Periost zurückwirken. Die Störungen sind viel geringer in der Schleimhaut des Siebbeinsystems, welche bei den vorgeschrittenen Fällen an der Atrophie theilnimmt. Das eingehende histologische Studium der an Ozaena erkrankten Schleimhaut zeigt, dass es sich um eine chronische Toxinfection handelt. Weder die Syphilis noch die Tuberculose können als directe Factoren dieser Affection angesehen werden; dagegen können

Parasyphilis und besonders Paratuberculose diese Toxinfectionen veranlassen, welche speciell auf die Gefässe und Drüsen der Nasenschleimhaut einwirken, wenn gewisse prädisponirende Momente, z. B. die Platyrrhinie, vorhanden sind. Diese Theorie würde erklären, warum so viele Ozaenakranke früher oder später tuberculös werden.

Mahu (Paris): Ueber die Wirksamkeit der Jodkalibehandlung bei der tertiären Syphilis der Nasenhöhlen.

Zahlreiche Fälle von tertiärer Syphilis der Nasenhöhlen, von welchen der Autor zwei charakteristische mittheilt. Der eine ergab ihm bei Mercurialbehandlung absolut kein Resultat, während die Darreichung von Jodkali sofortige Hülfe brachte. Daraus zieht der Autor den Schluss, dass das Jodkali eine ausgesprochene Vorliebe für die tertiären Formen der Nasenhöhle habe; auch glaubt er, dass es immer am Platze sei, von Anfang an die Mischbehandlung vorzunehmen unter Beobachtung folgender Regeln:

1. Das Hg. und das Jodkali getrennt zu verwenden, so dass man die relativen Dosen beider Medicamente variiren kann mit der Tendenz, das Jodkali auf Kosten des Hg. möglichst früh zu forciren.
2. Absolut reines Jodkali zu gebrauchen.
3. Von Anfang an starke Dosen zu reichen: 5, 6, 7 und selbst 8 g.

Delneuville führt einen Fall an, der absolut die Meinung Mahu's bestätigt.

Collet erwähnt einen Fall, bei welchem das Jodkali kein Resultat ergeben hat, während zwei Injectionen von Hg. salicyl. genügten, um eine unmittelbare Besserung herbeizuführen.

Texier (Nantes): Käsige Maxillarsinusiten.

Die kürzliche Mittheilung Luc's in der französ. laryngol. Gesellschaft über die Spontanheilung der Antritis maxillaris durch Caseification des Eiters hat den Autor veranlasst, die Symptomatologie und die Diagnose dieser Affection zu studiren an der Hand der veröffentlichten Fälle, seiner eigenen Beobachtungen und endlich nach einigen ihm von Moure überlassenen Fällen.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass es zwei Formen von käsiger Antritis maxillaris giebt. Eine leichtere, vergleichbar mit den chronischen Maxillarsinusiten dentären oder nasalen Ursprungs; die andere, schwere Form präsentirt sich mit dem Charakter einer bösartigen Geschwulst oder einer tertiären syphilitischen Läsion des Sinus. Während bei der ersteren Form einige Ausspülungen durch den Sinus hindurch genügen, um die Heilung herbeizuführen, ist das nicht der Fall mit der schweren Form, welche eine rapide und energische Behandlung erheischt, wenn man die Bildung nasaler Cholesteatome, die die Nasenhöhle deformiren und die Sinuswände fistuliren, verhindern will. Der Autor führt drei Beobachtungen von dieser schweren Form an, die sich durch den ekelerregenden Geruch der Secrete, die Anwesenheit von käsigen Massen in der Nasenhöhle und hauptsächlich durch eine ausserordentlich ausgesprochene Opacität des Sinus bei der Diaphanoskopie charakterisirten.

Die Behandlung besteht in Ausspülungen und in einigen Fällen kann es zur Radicalcur kommen.

Boulay (Paris) ist der gleichen Meinung wie Texier; er glaubt, dass nicht alle käsigen Sinusiten gutartiger Natur sind und folglich nicht durch Ausspülungen zur Heilung gelangen. Er führt einen Fall an, bei welchem Fieber und schwere Gehirnsymptome bestanden. Die Operation entleerte aus dem Sinus maxill. und dem Siebbein infectiöse, käsige Massen und während einiger Tage schwebte das Leben des Kranken in Gefahr. Der Fall kam jedoch zur Heilung.

Beco (Lüttich): Fibro-sarco-enchodromatöser Nasopharyngealpolyp. Exstirpation. Collaps. Tod.

Junger, $15^1/_2$jähriger Patient, zuerst im Jahre 1904, dann 1905 der Gesellschaft vorgestellt, ist Träger einer sessilen, die linke Cavumhälfte einnehmenden und die linke Nasenhöhle verstopfenden Geschwulst. Fruchtlose Ausrottungsversuche auf natürlichem Wege; zahlreiche elektrolytische Sitzungen mit hohen Strömen; Abnahme des Neoplasmas an den Angriffsstellen, aber Fortschritt an der Peripherie. Exophthalmus, Deformation der entsprechenden Gesichtshälfte. Operation vom Gesicht aus mit Beihülfe eines Chirurgen vom Fach angesichts befürchteter Schwierigkeiten bei der Ausrottung. Nélaton'sche Incision, Lospräpariren der Wange, Exstirpation der Facial-, Temporal- und Pterygo-maxillarverzweigungen. Der zuerst eingeschlagene Sinusomaxillarweg wurde als unzulänglich für die Entfernung der Basis der Geschwulst verlassen und zur vollständigen und definitiven Resection des Oberkiefers übergegangen. Schwierigkeiten bei der Entfernung des Tumors, welcher beinahe der ganzen Oberfläche des Cavum anhaftete; keine anderen operativen Zufälle, als die gewöhnlichen, für die Narkose und momentane Respirationshemmungen nothwendigen Pausen.

Tod im Collaps einige Stunden nach der Operation.

Der Autor ist Anhänger der Extraction auf natürlichem Wege, wenn es möglich ist; anders empfiehlt er die Elektrolyse mit hohen Strömen. Reicht diese nicht aus, dann muss man den Tumor an seiner Basis durch das Gesicht hindurch attackiren. B. zieht den Sinusonasalweg vor, welchen die Specialisten ersonnen haben, oder auch die temporäre Resection des Oberkiefers. Wenn nöthig und besonders wenn der Tumor bösartige, histologische Elemente in sich schliesst, soll man nicht zaudern, den Kiefer zu öffnen. B. hält das Vorausschicken der Tracheotomie für vortheilhaft, weil diese die Narkose und Respiration sicher stellt und so auch mehr Aussicht auf Erfolg gewährt.

Merckx (Brüssel): Meningitis infolge von Entfernung eines Polypen der mittleren Muschel.

Eine ziemlich bejahrte Kranke leidet seit einer Reihe von Jahren an einer Ethmoiditis und doppelten Sinusitis frontalis und hatte schon vor mehreren Jahren eine Reihe Nasenpolypenexstirpationen durchgemacht; dieselbe klagt über eine persistirende Cephalalgie, welche schon seit einigen Wochen sehr intensiv geworden, und von Zeit zu Zeit über Fieberanfälle. Ausserdem hat dieselbe eine stark belastete pathologische Vergangenheit.

Die einzige Intervention besteht in der Entfernung einer wuchernden, den Kopf der rechten mittleren Muschel einnehmenden Masse mit der Grünwald'schen Zange. Der entfernte Polyp hat das Volumen einer kleinen Bohne und war an

einer dünnen Muschelschuppe inserirt. Kein weiterer Zufall, als dass die Kranke eine Haemophile ist und man trotz der Gutartigkeit der Operation die Tamponade vornehmen musste. Tags darauf kommt die Kranke zurück, um sich den Tampon entfernen zu lassen; nichts Besonderes zu bemerken. Im Laufe des Tages treten 2—3 Brechanfälle auf. Am 3. Tage stellt sich Fieber von 39° ein mit Pulsbeschleunigung, begleitet von intensivem Hinterhauptsschmerz. Normale Pupillen, intacte Intelligenz. Am Abend wird das Sensorium benommen und die Kranke verfällt progressiv in Collaps. Erweiterte, aber gleiche Pupillen, keine Localisationserscheinungen. Am 4. Tage wird die Respiration wegen Lungenstenose schwer. Temperatur von 39—40°. Puls im Verhältniss zur Temperatur. Der tödtliche Ausgang tritt am Ende der Nacht ein infolge der Verschlimmerung der Lungenerscheinungen.

Discussion:

Cheval glaubt Merckx nicht, dass die Kranke schon seit einiger Zeit an Meningitis laborirte.

Merckx ist dieser Ansicht. Er stützt sich auf die Cephalalgie, das Fieber und gewisse flüchtige Alterationen des Habitus, Charakters und Humors, welche die Angehörigen schon einige Wochen vor der Intervention bemerkt hatten.

Broeckaert (Gent): Ein Fall von Pseudoleukämie, die sogen. Mikulicz'sche Krankheit vortäuschend.

Man giebt den Namen Miculicz'sche Krankheit einer lymphomatösen Hyperplasie der Speichel- und Thränendrüsen. Im vorliegenden Falle waren symmetrische Tumoren vorhanden von Taubeneigrösse im Niveau der Submaxillardrüsen und zwei birnenförmige Tumoren der Sublingualdrüsen. Auf dem Gaumengewölbe befand sich ein Tumor, der die ganze rechte Seite desselben einnahm und sich nach hinten bis an das Gaumensegel erstreckte. Eine maligne Masse, nur kleiner, nahm das vordere Segment des Gaumensegels ein. Die Blutanalyse liess Leukämie ausschliessen, aber das Vorhandensein einer Splenomegalie und einer grossen Lymphdrüsenmasse im Mediastinum, sichtbar auf dem radiographischen Schirm, führte dazu, das Mikulicz'sche Symptom als zur Pseudoleukämie gehörig zu betrachten. Vom histologischen Standpunkt aus stellen sich die lymphomatösen Tumoren als Hyperplasien präexstirender, lymphoider Kerne mit Wucherung lymphoider, die Drüsenacini verdrängender Zellen dar.

Bouyer jun. (Canterets): Rachenhyperästhesie und -Parästhesie.

Erinnernd an die von ihm im Journal de médecine de Bordeaux im December 1905 veröffentlichte Studie über Pharyngoparästhesie dringt Autor auf die Nothwendigkeit, die Kranken in zwei Kategorien zu theilen, je nachdem sie eine objective Verminderung der Sensibilität ihrer Halsschleimhaut oder im Gegentheil ein Ansteigen derselben zeigen. Vom klinischen Standpunkt aus differiren die subjectiven Symptome. Der Hyperästhesiker klagt über Schmerzen, der Hypästhesiker mehr über Deglutitionsbeschwerden und Fremdkörpergefühl.

Vom localen therapeutischen Standpunkt ist der Unterschied ein capitaler. Man muss sorgsam reizende Topica (Jod- und Menthol-Glycerin, Chlorcyankal.)



bei Hyperäthesikern vermeiden und denselben Cocain und Bromlösungen reserviren, während man bei den Hypästhesikern verzichten muss auf letztere Medicamente, welche das Gefühl von Constriction vermehren und vor allem excitirende Topica, wie Menthol, Jodglycerin, Localelektrisation etc., verwenden.

Trétrôp (Antwerpen): Maxillarsinusiten und Osteomyeliten.

Eine erste Betrachtung bezieht sich auf eine nach dem Verfahren von Caldwell-Luc im letzten November an einer mit Suborbitalphlegmone und eitriger Mittelohrentzündung complicirten fungösen Maxillarsinusitis operirten Kranken. $1^1/_2$ Monate später zeigte sie Symptome von Osteomyelitis der vorderen äusseren Kieferwand mit Fistelbildung nach dem Munde und oberhalb der Orbita. Die Hemidecortication nach dem Verfahren von Rouge sollte vorgenommen werden, als es dem Autor gelang, unter Cocainanästhesie vom Munde aus grosse nekrotische Knochenfragmente zu entfernen. Die Fisteln schlossen sich schnell und jede Secretion hörte auf. Heilung ohne alle Gesichtsdeformation.

Der andere Fall betrifft ein Mädchen mit Osteomyelititis des linken Unterkiefers und Ausfluss aus der Nase. T. behandelte sie durch Ausdrücken mit nachfolgendem Verband mit Liquor van Swieten.

T. glaubt mit Lubet-Barbon und Furet, dass die für die Operation dieser Fälle der Gingivolabialweg der geeignete sei. Man beginne damit, die Fisteln mit Sauerstoffwasser zu irrigiren, darauf nehme man die Curettage der Wände vor, löse die Sequester und entferne sie zum Schluss. Im Falle eines sich einstellenden Misserfolges ist die Hemidecortication des Gesichts vorzunehmen.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Betrachtungen über die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.

Die Erfahrung des Autors ist ziemlich reich, da sie sich auf 95 Operationen nach Killian erstreckt. Er ist der Ansicht, dass man keine Zeit damit verlieren müsse, das Speculum einzuführen und die Operation vorzunehmen. Die Adrenalinlösung genüge hinlänglich, man sieht und kann sicher operiren. Das Instrumentarium ist im Grunde beschränkt; es ist zweckmässiger, dass jedes der zur Verwendung kommenden Instrumente seinen eigenen Handgriff habe. Die Localanästhesie genügt in der Regel. 95 Operationen wurden so ausgeführt; 6mal nur musste er zur Narkose schreiten. Diese complicirt eher die Operation, besonders wenn es sich um bedeutende Deviationen handelt. Der Autor, übereinstimmend mit der von Capart auf der letzten Versammlung der französischen otolaryngol. Gesellschaft ausgesprochenen Meinung, billigt nicht die Anschauung Lermoyez's und Lubet-Barbon's in Bezug auf die chirurgische Perforation des Septums. Er erwähnt den Uebelstand, Nasenscheidewandoperationen bei verschiedenen Sinusiten vorzunehmen. Kurz, der Autor empfiehlt die submucöse Resection bei Fällen von ein wenig bedeutenderen Vorsprüngen.

De Pouthière (Charleroi): Pseudomembranöse Rhinitis.

Man sieht manchmal Nasenverschluss, häufig einseitig, begleitet von Fieber, allgemeiner Abgeschlagenheit, Kopfschmerz und Nieskrämpfen auftreten. Untersucht man die Nasenhöhle, so findet man die Schleimhaut geschwollen, mit rothem

Exsudat bedeckt und in Schleimeiter gebadet. Das Cavum ist gewöhnlich frei; die Choane nimmt übrigens Antheil an dem pseudomembranösen Process. Dieser Zustand dauert nur einige Tage, bis spontan oder durch Niesen oder Schneuzen eine blutige Pseudomembran in Masse ausgestossen wird, während der Kranke zu gleicher Zeit ein zerreissendes Gefühl empfindet. Von da an ist die Durchgängigkeit der Nase wieder hergestellt und alles kommt in einigen Tagen wenigstens subjectiv in Ordnung. In diesem Augenblick erscheint die Schleimhaut oberflächlich ulcerirt; es ist noch etwas Hypersecretion vorhanden, aber keine falsche Membran mehr; in letzterer konnte man weder wahre noch falsche Löffler'sche Bacillen, wohl aber Streptokokken und besonders Pneumokokken auffinden.

Montag, 11. Juni 1906.

Excursion in das Land der Kohlen, organisirt von dem verehrten Präsidenten. Er führte die Oto-Laryngologen in die Geheimnisse der unterirdischen Kohlenwelt ein und nach Rückkehr derselben an das Tageslicht erwartete sie ein herrliches Fest. Allen Theilnehmern ein unvergesslicher, lehrreicher und vergnügter Tag! Bayer.

---

d) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 19. Mai 1906

in der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Leipzig.

Vorsitzender: Barth.

Preysing stellt eine Reihe von ihm operirter Fälle vor:

a) Zwei Patientinnen, bei welchen durch Aufklappen der Nase und Eröffnen aller Höhlen bösartige Tumoren entfernt sind.

Vortragender pflegt in solchen Fällen nach eigener Methode erst durch einen Horizontalschnitt durch beide Augenbrauen beide Stirnhöhlen zu eröffnen, daran anschliessend durch einen Verticalschnitt über den Nasenrücken das Nasengerüst vollständig aufzuklappen und dann alle Höhlen, auch die nicht erkrankten, auszuräumen, welche bei der Tamponade in der Nachbehandlung doch leicht miterkranken.

In dem ersten Falle ist ein Sarkom des Septums entfernt, sofort die Operationswunde vernäht und ohne entstellende Narben schön verheilt. 2 Jahre recidivfrei.

Im zweiten Falle bestand ein grosses, vom rechten Siebbein ausgehendes scirrhöses Carcinom. Die Wunde wurde nur zum Theil geschlossen, da der Tumor schon so gross war, dass Recidive erwartet wurden. Bis jetzt 8 Monate recidivfrei.

b) Ein junger Mann, bei welchem ein chronisches Empyem der rechten Oberkieferhöhle von der Orbita her vor 3 Monaten eröffnet wurde.

c) Zwei Kinder, welche wegen Orbitalabscess und Siebbeinnekrose nach Scharlach vor $^3/_4$ Jahren operirt sind, ausgeheilt. Die Fälle werden an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht.

d) Eine Reihe von Patienten, bei welchen retro-auriculäre Oeffnungen durch Paraffininjectionen oder durch eine eigene, an anderer Stelle zu veröffentlichende Plastik geschlossen sind.

e) Einen Patienten, bei welchem Vortragender vor $1^1/_4$ Jahren wegen Carcinom die Totalexstirpation des Kehlkopfes vorgenommen hat. Bisher recidivfrei. Der künstliche Kehlkopf des Patienten wird vorgezeigt.

Kindervater demonstrirt eine nach seiner Angabe präparirte Wolle zum Verschluss des Gehörganges; bei Entzündungen und Eiterungen des Ohres nicht zu benutzen.

Danach beschliesst die Gesellschaft ihre officielle Theilnahme an dem internationalen laryngologischen Congress zu Wien im Jahre 1908, sowie dem neu gegründeten Verein zur Fürsorge für Taubstumme im Königreich Sachsen als Mitglied beizutreten. Die anwesenden Leipziger Mitglieder fassen den einstimmigen Beschluss, die Deutsche otologische Gesellschaft nach Leipzig einzuladen.

Barth (Leipzig).

III. Briefkasten.

Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag.

Am 17. November d. J. vollendet Bernhard Fränkel sein 70. Lebensjahr. Zur Feier dieses Tages veranstalten seine Assistenten eine Ausstellung, die einen Ueberblick über die Entwickelung der Rhinologie und Laryngologie gewähren und in der Zeit vom 17. bis 30. November im Kaiserin-Friedrich-Hause stattfinden soll. Die Ausstellung wird folgende Gruppen enthalten:

I. Laryngoskopie und Rhinoskopie:
- **a) Untersuchungsinstrumente,**
- **b) Beleuchtung,**
- **c) sonstige technische Hülfsmittel.**

II. Localtherapie:
- **a) operative:**
  - **α) schneidende Instrumente u. s. w., β) elektrische,**
- **b) medicamentöse (Instrumente zum Einblasen, Pinseln u. s. w.)**

III. Bibliographie.

IV. Unterricht:
- **a) Lehrmittel,**
  - **α) Präparate: 1. anatomische, 2. pathologische, β) Abbildungen,**
  - **γ) Apparate und Instrumente zum Unterricht,**
- **b) Lehrinstitute.**

Die Veranstalter der Ausstellung (Edm. Meyer, A. Alexander, Stabsarzt Börger, Georg Finder) ersuchen uns, hiermit an die verehrlichen Fachgenossen die Bitte zu richten, ein Verzeichniss der Objecte, die ihnen für die Ausstellung geeignet erscheinen und die sie geneigt sind, für diesen Zweck zu überlassen, einem der genannten Herren zu übersenden, die Gegenstände aber baldmöglichst mit der Bezeichnung: „Für die B. Fränkel-Ausstellung" an das Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin, zu schicken.

Die Redaction.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, November. 1906. No. 11.

I. Zum 70. Geburtstage Bernhard Fränkel's.

Am 17. November dieses Jahres feiert Bernhard Fränkel seinen 70. Geburtstag. Zur Feier des Gedenktages rüsten sich die Laryngologen aller Nationen. Unter den Glückwünschenden darf das internationale Centralblatt für Laryngologie nicht fehlen. Denn von seiner Gründung an hat der Jubilar Jahre lang zu seinen ständigen Mitarbeitern gehört und auch, als ihn Zunahme anderweitiger Verpflichtungen zwang, aus dem Kreise der ständigen Mitarbeiter auszuscheiden, unserem Blatte sein freundliches Interesse bis zum heutigen Tage bewahrt. So wünschen wir ihm denn von Herzen, was alle Fachgenossen, was seine Freunde, was viele weitere Kreise ihm wünschen: dass er noch viele Jahre thätigen Schaffens in bester Gesundheit verleben, und dass ihm dann ein langes glückliches otium cum dignitate beschieden sein möge, während dessen er mit Genugthuung auf das von ihm Angestrebte und Erreichte zurückblicken können wird! —

So lange ein Mann in vollster Rüstigkeit inmitten des Weltgetriebes steht, ist der Augenblick nicht gekommen, die Summe seiner Lebensthätigkeit zu ziehen. Aber an einem Gedenktage wie dem bevorstehenden darf daran erinnert werden, wie viel unsere Specialität dem Jubilar verdankt. Nicht allein als Forscher, als Schriftsteller und Lehrer steht Bernhard Fränkel in der ersten Reihe der Laryngologen. Wir danken ihm die Schöpfung der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, des Archiv's für Laryngologie, das sich vom Augenblicke seiner Begründung bis zu dieser Stunde den Charakter einer wahrhaft vornehmen Sammelstelle für Originalartikel werthvollster Natur zu bewahren gewusst hat, und der mustergültigen Klinik und Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten an der Universität Berlin. Für die staatliche Hebung und officielle Anerkennung der Laryngo-Rhinologie in Preussen ist Bernhard Fränkel eingetreten, wie kein zweiter; für die würdige Stellung unserer Specialität bei nationalen und internationalen medicinischen Zusammenkünften hat er seit einem Vierteljahrhundert treu und unverzagt gekämpft. — Ueber den engeren Rahmen unserer Specialität hinaus wirkt er unermüdlich nach allen Richtungen hin zur Lösung der grossen Tuberculosefrage. Das Heimstättenwesen hat niemandem mehr zu danken als ihm.



Es ist nur ein flüchtiger Ueberblick über eine reiche Thätigkeit, der in den vorstehenden Zeilen gegeben ist. Aber er dürfte genügen, um zu zeigen, wieviel wir Laryngologen Bernhard Fränkel zu danken haben, und mit welcher Wärme und Herzlichkeit wir ihm eine lange Fortdauer seines erspriesslichen Wirkens und seines gesegneten Lebens in bester Gesundheit wünschen!

Das walte Gott!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **D. Bertelli. Untersuchungen über vergleichende Anatomie und Embryologie des Respirationsapparates der Wirbelthiere. (Ricerche di anatomia comparata e di embriologia sull'apparecchio respiratorio dei Vertebrati: nota prev. tertia.)** *Atti e Mem. Accad. Padova. Vol. 21. Anno 1904/5. S. 2.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

2) **E. Aron. Weiteres zur Mechanik der Expectoration.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 197.*

Es ist nicht vor allen Dingen der intrapulmonäre Druck beim Husten, welcher Secretmassen aus den blinden Bronchialendigungen herausbefördert, sondern man hat diese Kraft vielmehr in dem intrapleuralen Drucke zu suchen, welcher beim Husten exspiratorisch nach Sprengung des Glottisschlusses auf die Lungensubstanz und ihren etwaigen Inhalt comprimirend bezw. exprimirend einwirkt.

J. KATZENSTEIN.

3) **J. v. Bókay** (Budapest). **Neuere Erfahrungen mit dem Moser'schen polyvalenten Scharlachserum. (Ujabb tapasztalataim a Moser féle polyvalens vörheny serumril.)** *Orvosi Hetilap Gyermekgyógyászat. No. 3. 1905.*

Verf. gewann den Eindruck, dass die Auffassung von Moser und Escherich, dass dieses Serum auf den Verlauf des Scharlach eine antitoxische Heilwirkung ausübt, richtig ist. Diese Heilwirkung steht in keiner Verbindung mit dem Umstande, dass eine grössere Menge von Pferdeserum dem Körper einverleibt wird. Die sehr interessanten Details müssen im Original nachgelesen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

4) **Boulay** und **Heckel. Ursprung der menschlichen Lungentuberculose von Nase und Rachen. (Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire humaine.)** *Arch. intern. de laryng. et d'otologie. No. II—III. 1906.*

Nachdem Verff. die verschiedenen Theorien über den Ursprung der menschlichen Lungentuberculose auseinandergesetzt und erörtert haben, erklären sie sich für Anhänger der Ansicht, nach der die Tuberculose auf dem Wege von Nase und Rachen über die cervicalen und mediastinalen Lymphdrüsen sich zu den Lungen ausbreite. Für diese Ansicht sprächen sowohl die experimentellen wie die klinischen Erfahrungen. Die beste Prophylaxe der Lungenschwindsucht bestände daher

in sorgfältiger Beachtung und Behandlung aller acuten und chronischen Erkrankungen der Nasenhöhlen, des Rachens und der Mandeln besonders im Kindesalter.

E. J. MOURE.

5) **Beitzke** (Berlin). **Ueber den Weg der Tuberkelbacillen von der Mund- und Rachenhöhle zu den Lungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 31. 1905.*

Verf. hat Studien an tuberculösen Kinderleichen vorgenommen, die ihm ergaben, dass „die Eintrittspforte bei der Lungentuberculose der Kinder in der Regel in der Lunge bezw. im Bronchialbaum selbst“ liegen müsse und nicht durch die Lymphbahnen der Mund- und Rachenhöhle eintrete. Eine ausführliche Veröffentlichung über den Gegenstand wird angekündigt. ALBANUS (ZARNIKO).

6) **C. G. Hogy. Ein Fall von schwerer Myasthenie in Beziehung zu krankhaften Zuständen an Auge und Hals. (A case of myasthenia gravis in relation to eye and throat conditions.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1906.*

Pat. war ein 24jähriges Mädchen, das anfangs über leichte Beschwerden beim Schlucken klagte. Sie hatte vorher an Attaken von Angina gelitten, die aber nach Entfernung der hyperplasirten Tonsillen aufgehört hatten. Die Schluckbeschwerden nahmen zu; Flüssigkeiten regurgirten durch die Nase; es trat Accommodationsschwäche auf, sowie eine Atonie der Spanner und Adductoren der Stimmbänder. Der Verdacht auf Diphtherie musste fallen gelassen werden. Zwei Monate später hatten sich die Symptome verschlechtert; es bestand Lähmung einiger Gesichts- und Augenmuskeln. Diese Lähmung verschwand zeitweise für ein bis zwei Tage, um dann wiederzukehren. Ueberhaupt war die Abwechselung zwischen Perioden der Verschlechterung und des Nachlassens aller Symptome charakteristisch für den Fall. Schliesslich trat auch Dyspnoe auf und das Schlucken wurde unmöglich. Ein Versuch, durch das Schlundrohr zn ernähren, gab Anlass zu den alarmirendsten Erstickungserscheinungen, so dass davon Abstand genommen werden musste. Pat. starb ungefähr 3 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome.

A. J. BRADY.

7) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Die bakteriologische und die klinische Diagnose bei den fibrinösen Entzündungen der oberen Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. 1905.*

Aus einem Material von 40 Fällen von Rhinitis fibrinosa und 127 Fällen von Pharyngitis fibrinosa, die alle klinisch und bakteriologisch untersucht wurden, kommt der Autor zu folgenden Resultaten:

Drei Viertel aller Fälle von Rhinitis fibrinosa zeigten Diphtheriebacillen. „Allgemeinerscheinungen und Fieber fehlten gleichfalls bei etwa drei Viertel aller Fälle, und zwar bei denen mit Diphtheriebacillen ebenso wie bei denen ohne.“

Bei der Pharyngitis fibrinosa (127 Fälle) konnte klinisch in 100 Fällen übereinstimmend mit dem bakteriologischen Resultat die Diagnose gestellt werden auf Grund der localen Erscheinungen (Ausdehnung, Sitz, Art der Beläge), im Gegensatz zu den fibrinösen Erkrankungen der Nase, wo solche Anhaltspunkte fehlen.

Von den fibrinösen Entzündungen des Halses waren noch nicht einmal die Hälfte diphtherischer Natur.

Da Verf. in einem bestimmten Zeitraum, noch dazu in einem Ambulatorium, wo mehr Nasen- als Halskranke behandelt werden, 127 fibrinöse Entzündungen des Halses, aber nur 40 der Nase beobachten konnte, von ersteren aber nur 44 pCt., von letzteren 72 pCt. diphtherischer Natur waren, so schliesst er daraus, dass „die Nasendiphtherie nur deshalb seltener als die Halsdiphtherie ist, weil die fibrinöse Entzündung als solche in der Nase seltener ist, als die des Halses“ und weiter, „dass unter den fibrinösen Entzündungen der oberen Luftwege die der Nase relativ häufiger diphtherischer Natur sind, wie die des Halses“, indem er dem positiven Befund von Diphtheriebacillen auch bei der Bildung der Membranen ätiologische Bedeutung zumisst.

„Nur etwa die Hälfte aller fibrinösen Halsentzündungen überhaupt ist von Allgemeinerscheinungen begleitet“ und „diphtherische Halsentzündungen bieten sie nicht häufiger als nicht diphtherische“.

Verf. möchte nur da die specifische Serumtherapie vorgenommen wissen, „wo die klinischen Erscheinungen in Uebereinstimmung mit dem Resultate der bakteriologischen Untersuchung hierzu auffordern“. ALBANUS (ZARNIKO).

8) **A. Brown Kelly. Multiple Teleangioctasien auf der Haut und den Schleimhäuten der Nase und des Mundes. (Multiple teleangiectases of the skin and mucous membranes of the nose and mouth.)** *Glasgow Medical Journal. Juni 1906.*

Die Arbeit des Verf.'s stellt einen wichtigen Beitrag zu der spärlichen Literatur über diesen Gegenstand dar. Es werden im Detail zwei Fälle mitgetheilt, die Verf. bei zwei Schwestern beobachtet hat. Bei beiden bestand Neigung zu Epistaxis, was auch bei anderen Mitgliedern der Fall war. Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die bisher über dieses Thema erschienenen Arbeiten.

A. LOGAN TURNER.

9) **Franz. Argyrose.** (Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1906.*

Durch lange Zeit fortgesetzte Pinselungen des Rachens mit Argent. nitric. trat eine hochgradige Argyrose an der Haut des Gesichtes, der vorderen Brustfläche, an den Händen und der Schleimhaut des Mundes auf. CHIARI-HANSZEL.

10) **T. R. Bradshaw. Bemerkungen über zwei Fälle von Compression in den Luftwegen. (Notes of two cases of pressure on the air passages.)** *Liverpool Medical Chirurgical Journal. Januar 1906.*

In beiden Fällen schien Vergrösserung der Lymphdrüsen die Ursache für eine Compression der Trachea zu sein. In einem Falle handelte es sich um eine lymphatische Leukocytaemie; in dem anderen hatte sich eine Eiterung der cervicalen Lymphdrüsen auf die Lymphdrüsen der Brusthöhle ausgebreitet.

A. LOGAN TURNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **B. Panzer. Primäre Tuberculose der Nasenschleimhaut.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 7. 1906.*

Vorstellung eines Knaben mit ulceröser Tuberculose der rechten Seite des Septum cartilagineum. Es werden Tuberkulininjectionen versucht werden.

CHIARI.

12) **Onodi. Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose.** *Orvosi Hetilap. No. 1.*

Bei dem 60jährigen Kranken war auf der linken Seite der knorpeligen Nasenscheidewand ein solider Tumor sichtbar, welcher, scharf umschrieben, 5 mm hoch hervorragte. Aufschlitzung der Nasenhälfte; das linke Nasenbein und der Processus frontalis des Oberkiefers derselben Seite wird temporär resecirt und umgelegt, der erkrankte Theil der Scheidewand und der unterste Theil des linken Nasensenbeines entfernt. Heilung per primam. O. sah den Kranken nach einem Jahre; derselbe blieb ganz gesund, auch die Lungen intact. Die histologische Untersuchung ergab Tuberculose. (Der resecirte Theil der Nasenscheidewand war 30 mm lang, 30 mm breit und 12 mm dick.)

v. NAVRATIL.

13) **Rossi-Marcelli. Tuberculom der Nase. (Tuberculoma nasale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1906.*

Verf. berichtet über eine 25jährige Patientin mit beiderseitiger Nasenverstopfung; beide Nasenlöcher sind obstruirt durch rothe Tumoren mit glatter Oberfläche. Man dachte zuerst an ein Hämatom des Septums. Ein Einschnitt brachte jedoch keinen Eiter zu Tage. Dagegen gelang die Abtragung beider Tumoren mit der Schlinge. Der Ausgangspunkt der Geschwulstbildung war das knorpelige Septum. Pat. hat als Kind eine Adenitis cervicalis gehabt; sie ist kyphotisch. Die Untersuchung aller Organe ergiebt jedoch einen negativen Befund. Eiu Stückchen des entfernten Tumors wird einem Kaninchen in die vordere Augenkammer implantirt; es entwickelt sich eine klassische, histologisch und bakterioskopisch nachweisbare Cornealtuberculose. In den von dem Tumor angefertigten mikroskopischen Schnitten liess sich ebenfalls der Koch'sche Bacillus nachweisen. Das bemerkenswertheste ist das bilaterale Vorkommen der Tuberculose an correspondirenden Stellen des Septums.

FINDER.

14) **Pacyna. Ein Fall von seltener Localisation eines primärem syphilitischen Geschwüres. (Przypadek vzadkiej siedriby kilowego wrzodu pierwotnego.)** *Przeglad Lekarski. No. 25. 1906.*

Verf. beschreibt einen Fall von primärem luetischen Geschwür, localisirt auf der inneren Seite des linken Nasenflügels.

A v. SOKOLOWSKI.

15) **Lieven** (Aachen). **Beitrag zur Kenntniss der gummösen Nasensyphilis.** *Dermatol. Centralbl. 8. September 1906.*

Die zwei von Lieven mitgetheilten Fälle betrafen Männer im Alter von 34 resp. 29 Jahren, bei welchen neben einer minimalen Rauhigkeit am Nasenboden

Lockerung eines einzelnen Zahnes sich fand. Lieven hebt die Wichtigkeit der Untersuchung der Zähne hervor bei specifischer Affection am Nasenboden, weil man in ähnlichen Fällen in die Lage kommt, bereits frühzeitig die Betheiligung der alveolaren Partien des Oberkiefers zu erkennen. SEIFERT.

16) **Löb** (Steinbach). **Die extragenitale Syphilisinfection, speciell der Primäraffect der Nase.** *Dissert. Würzburg 1906.*

In ausführlicher Weise und unter eingehender Berücksichtigung der Literatur (249 Fälle) bespricht Löb die extragenitalen Primäraffecte der Nase. Die Literaturnotizen finden sich in Tabellen übersichtlich dargestellt. Aus der Klientel des Referenten fügt er einen Fall bei, in welchem es sich um einen Studenten mit einem syphilitischen Primäraffect am Boden der rechten Nase und auf den angrenzenden Theil des Septum übergehend handelte. Das specische Geschwür war längere Zeit für ein tuberculöses gehalten worden, bis ein specifisches Exanthem zur richtigen Diagnose führte. SEIFERT.

17) **J. D. Rolleston** (London). **Ein Fall von intranasalem Schanker, der eine Nasendiphtherie vertäuscht. (A case of intranasal chancre simulating nasal diphtheria.)** *Lancet. p. 1682. London 1906.*

Pat. hatte ein Geschwür mit fibrinöser Auflagerung am rechten Nasenflügel. Es bestand eine polymorphe Hautaffection, sowie Schwellung der submaxillaren und sterno-mastoiden Drüsen. Unter Hg.-Behandlung besserte sich der Zustand erheblich. Verf. behandelt ziemlich ausführlich die Frage der extragenitalen primären Syphilisinfection, sowie die diphtheroiden Symptome in diesem Fall und erörtert die in der Literatur niedergelegten Fälle. JAMES DONELAN.

18) **C. Stein** (Wien). **Ein Fall von angeborener diaphragmaartiger Membranbildung im Nasenrachenraume.** *Wiener klin. Rundschau. No. 42. 1905.*

28jähriger Mann kam wegen Schwerhörigkeit zur Behandlung. Von Seiten der Nase und des Rachens keinerlei Beschwerden. Hinter beiden Choanalöffnungen findet sich eine straffe membranöse Scheidewand, welche den Choanen entsprechend zwei kleine ovale Oeffnungen aufweist. Für Lues und Sklerom kein Anhaltspunkt. CHIARI.

19) **Vallentin** (Berlin). **Totaler Nasenrachenverschluss und Lues maligna.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 79. 1906.*

Bei einem 20jährigen Mädchen etablirte sich die Lues maligna gleich von Anfang als gummöse Ulceration im Halse und behielt diese Localisation unter immer neuen periodischen Nachschüben am weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand während einer ununterbrochenen Andauer von 1 Jahr und $8^1/_2$ Monaten, um mit dem Erlöschen dieser acuten Periode der Krankheit den totalen Rachenverschluss nach sich zu ziehen. Dieser Fall giebt dem Autor Veranlassung, die Symptomatologie des totalen Nasenrachenverschlusses in allen Details zu untersuchen und klarzustellen. SEIFERT.

20) **Kauffmann. Ueber Retropharyngealabscesse bei Kindern. (Des abscès retropharyngiens chez les enfants.)** *Anjou médical. No. II. 1906.*

Ausgehend von einem bei einem Säugling beobachteten Fall bespricht Verf. die Symptomatologie und Aetiologie der Retropharyngealabscesse. A. CARTAZ.

21) **Goris. Beitrag zum Studium der Diagnose der Nasenrachenraumtumoren vermittelst der elektrischen Salpingoskopie. Demonstration. (Contribution à l'étude du diagnostic des tumeurs de l'arrière-nez par la salpingoscopie électrique. Demonstration.)** *Les Annales de la Soc. médico-chirurgie du Brabant. No. 11. 1905.*

G. zeigt das Salpingoskop von Dr. Hirschmann vor, so benannt, weil es ermöglicht, den Pavillon der Eustachi'schen Ohrtrompete zu untersuchen; da jedoch das Instrument eine allgemeinere Anwendung finde (hintere Nasenräume, Riechspalte, Oeffnung des Sin. maxill., Rückfläche des Gaumensegels, sogar für den Larynx), so schlägt G. vor, ihm den rationellen Namen Retronasalendoskop beizulegen. Es hat ihm schon zahlreiche Dienste geleistet.

PARMENTIER (BAYER).

22) **Jacques. 14jähriges Kind an einem Nasenrachenfibrom per vias naturales operirt. (Enfant de 14 ans opéré de fibrome naso-pharyngien par les voies naturelles.)** *Revue médicale de l'Est. No. X. 19. Mai 1906.*

Die Insertion des Tumors befand sich nicht, wie man gewöhnlich annimmt, in dem praevertebralen Bindegewebe, sondern, wie Moure es schon seit langer Zeit behauptet, auf dem inneren Flügel der Apophysis pterygoidea und dem Siebbeinkörper. BRINDEL.

23) **Goris. Vorstellung von zwei Fällen totaler Resection des Oberkiefers wegen Nasenrachentumoren. (Présentation de deux cas de résections totales du maxillaire supérieur pour tumeurs de l'arrière-nez.)** *Les Annales de la Soc. médico-chirurgie du Brabant. No. 11. 1905.*

Der Autor stellt zwei Fälle vor: Der eine, bei welchem er die definitive, heutzutage beinahe ganz verlassene Totalresection des Oberkiefers vornehmen musste; der andere, bei welchem er die osteoplastische Resection vornahm, welche die Regel bilden muss. In dem einen wie dem anderen Falle macht er die Präventivtracheotomie, hält es aber für unnöthig, die Ligatur der Carotis ext vorzunehmen, um die Blutung zu verhindern, die gewöhnlich geringfügig und in allen Fällen venös sei, in Folge dessen sie nicht durch die Ligatur der Carotis beeinflusst werde. Darauf beschreibt er die Technik der osteoplastischen Resection. PARMENTIER (BAYER).

24) **G. B. Wood. Die Lymphdrainage der Rachentonsille. (The lymphatic drainage of the pharyngeal tonsil.)** *American Journal Medical Sciences. April 1906.*

Injectionen der Rachentonsille ergeben die Thatsache, dass die von ihr ausgehenden Lymphgefässe zu der äusseren Drüsen der oberen tiefen Cervicalgruppe gehen, d. h. den Drüsen, die direct unter dem M. sterno-cleido-mastoideus liegen,

gerade unter der Spitze des Processus mastoideus. Dieses Resultat weicht von den Untersuchungsergebnissen Poirier's ab, der fand, dass die Lymphgefässe der hinteren Rachenwand zu den Drüsen der inneren und jugularen Gruppe gehen.

A. LOGAN TURNER.

25) **J. Hofer** (Linz). **Ueber die Rachenmandel und deren Bedeutung beim Soldaten.** *Der Militärarzt. 39. Jahrg. No. 22 u. 23.*

Nach ausgedehnten diesbezüglichen Untersuchungen fand Hofer in circa 20 pCt. der Fälle beim Soldaten die Rachenmandel vergrössert, und sollten alle Militärärzte auf die hierdurch bedingten Störungen aufmerksam sein, die zum Dienste einrückenden Soldaten daraufhin untersuchen und gegebenenfalls die Rachenmandel entfernen.

CHIARI.

26) **E. M. Sill. Adenoide. (Adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1905.*

Die auf Grund von 1000 persönlichen Beobachtungen des Verf.'s angestellten Erörterungen bieten nichts Neues.

LEFFERTS.

27) **A. Donawan. Adenoide; die am häufigsten übersehene Ursache von Krankheiten im Kindesalter. (Adenoids; the cause of childrens disease most frequently overlooked.)** *N. Y. Medical News. 28. October 1905.*

Die Ausführungen des Verf.'s enthalten nichts Neues. Er verwirft bei der Operation die Anwendung der Narkose.

LEFFERTS.

28) **E. Schimanski. Zur Frage der adenoiden Vegetationen. (K woprusa adenoidnich rasrostschenii.)** *Woenno med. journal. Bd. 3. p. 695.*

Enthält nichts Neues.

P. HELLAT.

29) **Paul Raugé. Symptome der adenoiden Vegetationen. (Symptômes des végétations adénoides.)** *Provence médicale. No. III. Januar 1906.*

Nichts Neues.

BRINDEL.

30) **William Wesley Carter. Eine Cyste der Rachentonsille. (A cyst of the pharyngeal tonsil.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

In der mit der Zange entfernten Rachenmandel fand sich eine grosse Cyste mit dünner Wand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Wand der Cyste mit Epithel bekleidet war, das derart von Rundzellen durchsetzt war, dass es stellenweise schwer zu erkennen war. Unter dem Epithel waren in regelmässiger Anordnung Lymphfollikel; das lymphatische Gewebe selbst hatte reguläres Aussehen.

EMIL MAYER.

31) **C. S. Means. Bericht über einen Fall von Tuberculose der Rachenmandel. (Report of a case of tonsillar tuberculosis.)** *Columbus Medical Journal. Mai 1905.*

Pat. war ein 29jähriger Mann; die Symptome bestanden in blutigem Auswurf, Nachtschweiss, erhöhter Temperatur. Der Befund über den Lungen war negativ. Man fand eine vergrösserte Luschka'sche Tonsille, deren Untersuchung

ergab, dass sie tuberculös war. Nach Entfernung derselben verschwanden alle Symptome.

EMIL MAYER.

32) **Hölscher** (Ulm). **Demonstrationen über Rachenmandeln und Nasenpolypen.** *Medicin. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 21. 1906.*

Hölscher demonstrirt verschiedene Präparate von auffallend grossen Rachenmandeln und von Nasenpolypen; er operirt jetzt fast nur noch ohne Narkose.

SEIFERT.

33) **F. B. Sprague. Beobachtungen bei 1000 Adenoidoperationen. (Observations on 1000 adenoid operations.)** *Providence Medical Journal. März 1906.*

In 90 pCt. der Fälle waren die Adenoiden mit Gaumenmandelhypertrophie verbunden. In allen Fällen bis auf zwei wurde unter Aether operirt, während der Pat. auf der Seite lag. Chloroform hält Verf. für besonders gefährlich. Er hat eine besondere Zange angegeben und verwirft den Gebrauch der Curette. Für die Tonsillen bedient er sich einer Modification des Mackenzie'schen Tonsillotoms.

EMIL MAYER.

34) **Federico Federici. Untersuchungen über die Leukocytenformel der Kinder mit Adenoiden vor und gleich nach der Operation. (Ricerche sulla formula leucocitaria dei bambini adenoidei prima e subito dopo l'operazione.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. No. I. 1906.*

Verf. hat seine Untersuchungen bei 10 Kindern vor der Operation und am Tage nach dieser angestellt. Seine Zahlen für die Leukocytenmenge vor der Operation sind etwas niedriger als die von Lichtwitz und Sabrazès und nähern sich mehr denjenigen, die diese Autoren als das Mittel für normale Kinder angegeben haben. Jedenfalls ist die Leukocytose bei den Adenoidkindern geringfügig. Constant dagegen ist die Veränderung im Verhältnisse zwischen neutrophilen Polynucleären und Lymphocyten. Letztere sind hier erheblich vermehrt, bis zu 51 pCt. Interessant ist, dass auf die Adenotomie eine leichte Leukocytose folgt. Ganz auffallend ist jedoch die Umwandlung, die im Verhältniss zwischen Neutrophilen und Lymphocyten gleich am Tage nach der Operation eintritt, dies steigt von 48 : 38 auf 62 : 22. Betrachtet man die absoluten Zahlen der Polynucleären und Lymphocyten vor und nach der Operation — Polynucleäre 4226 und 6386, Lymphocyten 3345 und 2301 —, so sieht man, dass die Veränderung der Verhältnisszahlen einer Zunahme jener und nicht einer Abnahme dieser zu danken ist.

FINDER.

35) **De Cigna. Die Adenoidhypertrophie und die Adenotomie. (L'ipertrofia adenoide e l'adenotomia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. No. V. 1906.*

Unter 2540 Patienten des Ambulatoriums für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke im Ospedale di Sant'Andrea in Genua waren 370 Fälle von adenoiden Vegetationen (14,56 pCt.). Von den Patienten unter dem 24. Lebensjahre waren 27,03 pCt. solche mit adenoiden Vegetationen. In fast der Hälfte der Fälle bestanden eitrige oder katarrhalische, acute oder chronische, einseitige oder doppelseitige Ohraffectionen. Verf. bedient sich bei der Operation häufig des Zambeletti'schen

„Liquor somniferus“ als Narcoticum; er operirt mit der Beckmann'schen oder der Fein'schen Curette.

FINDER.

36) D. Kerrison. **Adenoide und Schwerhörigkeit bei kleinen Kindern. (Adenoids and deafness in young children.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

Verf. ist der Ansicht, dass viele Fälle von chronischem Mittelohrkatarrh bei Kindern auf krankhafte Zustände während des Kindesalters zurückzuführen sind und dass chronische Schwerhörigkeit bei kleinen Kindern häufiger ist, als man glaubt. Gewöhnlich findet man bei diesen dann Retraction des Trommelfells und ist eine solche beiderseitig vorhanden, so kann man auf eine Obstruction im Nasenrachenraum schliessen. Verf. giebt die Details über den Trommelfellbefund bei 50 Kindern. Solche Patienten kommen selten in die Behandlung des Otologen, bis eine chronische Erkrankung Platz gegriffen hat. Man soll einen Monat nach Entfernung der Nasenrachenwucherungen noch einmal eine Gehörprüfung anstellen; findet man dann das Trommelfell noch retrahirt, so soll mit dem Politzer oder dem Ohrkatheter Luft eingeblasen werden.

LEFFERTS.

37) Lange. **Einfluss der Operation zur Entfernung von Adenoidgeschwülsten auf die Enuresis nocturna bei Kindern. (Influence of operations for removal of adenoid growths in the pharynx upon enuresis nocturna in children.)** *N. Y. Medical Journal. 2. December 1905.*

Verf. verfügt über 39 Fälle von Enuresis nocturna bei Kindern; unter diesen hatten 8 adenoide Vegetationen. Nach Entfernung der Adenoiden konnte er keine Besserung des Bettnässens beobachten, woraus Verf. den Schluss zieht, dass ein Zusammenhang zwischen beiden nicht besteht und dass die Enuresis an sich keine Indication zur Adenotomie abgiebt. In der dem Vortrage folgenden Discussion werden Stimmen zu Gunsten der Ansicht Lange's laut, während sich von anderer Seite Widerspruch dagegen geltend macht.

LEFFERTS.

38) F. Carle. **Die Technik der Operation wegen Adenoiden und Mandelvergrösserung nebst einigen practischen Rathschlägen. (The technique of the operation for adenoids and enlarged tonsils with some practical suggestions.)** *Lancet. 13. Mai 1905.*

Verf. beschreibt die im Golden Square Throat Hospital geübte Operationstechnik: Pat. wird auf einen flachen Tisch gelegt, unter Aether-Chloroformnarkose die Adenoiden mit St. Clair Thomson's Curette entfernt. Dann wird. Pat. auf die rechte Seite gedreht und die Tonsillen mit Heath's Guillotine operirt.

ADOLPH BRONNER.

39) Holz (Berlin). **Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung der adenoiden Vegetationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. 1905.*

Entfernung der adenoiden Vegetationen brachte bei einem 7jährigen Knaben Schwinden des bestehenden doppelseitigen Exophthalmus; nach 2 Jahren mit einem Recidiv der adenoiden Vegetationen wiederum doppelseitiger Exophthalmus, der nach abermaliger Entfernung der Adenoiden schwand.

Bei einem anderen Knaben vom selben Alter verging doppelseitiger Exophthalmus ebenfalls nach Entfernung der Rachenmandel, nicht aber schon nach der 8 Tage vorher vorgenommenen beiderseitigen Tonsillotomie. In beiden Fällen Nasenhöhlen weit und frei; keine Struma.

Zuletzt wird von einem 7jährigen Knaben berichtet, bei dem nach Entfernung der adenoiden Vegetationen die seit einigen Wochen eingetretenen Symptome einer Chorea minor nicht wieder auftraten.

ALBANUS (ZARNIKO).

40) **Lacoawet. Einzelheiten über die Abtragung der adenoiden Vegetationen. (Particularités sur l'ablation des végétations adénoides.)** *Ann. de la policlin. Toulouse. Juni 1905.*

Die Operation der adenoiden Vegetationen soll nur durch geübte Specialisten vorgenommen werden, damit nicht, wie es bisweilen geschieht, angeblich vorhandene Adenoide operirt werden und ein in der Nase befindliches Athmungshinderniss, wie Leisten, Muschelhyperplasien etc., übersehen wird. Besondere Sorgfalt bei der Abtragung erfordern die Fälle, wo die Wucherungen sehr hoch auf der Basis des Vomer oder seitlich an den Tubenmündungen ihren Sitz haben.

A. CARTAZ.

41) **J. Fein** (Wien). **Die Abtragung der Rachenmandel mit dem bajonettförmigen Adenotom.** *Wiener med. Wochenschr. No. 45 u. 46. 1905.*

Besprechung der Vorzüge des vom Autor angegebenen Instrumentes, welches dem Wesen nach eine Beckmann'sche Curette darstellt, wobei jedoch der Griff bajonettförmig abgeknickt ist und auch nach der Seite hin stumpfwinklig abgebogen ist.

CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

42) **Caz. Seltener Fall von Aneurysma im Pharynx. (Redki slutschai aneurismi w glotke.)** *Prakt. Wratsch. No. 25. 1905.*

Es handelt sich um einen 72jährigen Mann, der seit 2 Jahren Schmerzen im Halse verspürt, besonders wenn er etwas Festes schluckt. Bei der Untersuchung ergiebt sich ein Aneurysma mit allen demselben zugehörigen Symptomen auf der rechten Seite des Halses in der Gegend des Trig. hyomaxill. und omohyoid. Das Aneurysma tritt auch deutlich hinter dem rechten Gaumenbogen im Rachen hervor. C. beobachtet den Fall seit 2 Jahren. Veränderungen sind in dieser Zeit nicht vor sich gegangen.

P. HELLAT.

43) **Zimmermann. Haemangioma buccae.** *Orvosi Hetilap. No. 13.*

Die Geschwulst umfasst die eine Gesichtshälfte, breitete sich auch in die Mundhöhle aus, wo sie in der Form von blauen blasenartigen Gebilden sichtbar war. Z. versuchte zuerst die von Payr empfohlene Behandlung mit Magnesiumdraht, aber ohne genügenden Erfolg. In Folge dessen wendete er die Elektrolyse an; der Erfolg war ein vollkommen zufriedenstellender.

v. NAVRATIL.

44) **J. G. Wilson. Die Gaumentonsille. (The faucial tonsil.)** *Journal of the American Medical Association. 26. Mai 1906. N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1906.*

Nachdem Verf. eine Beschreibung des Waldeyer'schen Schlundringes gegeben hat, berührt er noch einige Punkte von speciell chirurgischem Interesse. Die Blutversorgung der Tonsille geschieht nicht, wie Gray es annahm, durch die Art. lingualis, sondern im Wesentlichen durch die Art. facialis, und zwar entweder durch eine directe Tonsillararterie oder, wie es häufiger der Fall ist, durch den Tonsillarast der Art. palatina ascendens aus der Art. facialis. Die Gefahr einer Blutung in Folge Verletzung der Carotis interna ist minimal; sehr selten ist sie bedingt durch abnorme Lage dieser Arterie. Hauptsächlich stammen Blutungen aus der Art. tonsillaris. Andere Arterien, die hierbei in Betracht kommen, sind: die Pharyngea ascendens, die Lingualäste der vorderen und hinteren Gaumenbögen und Plica triangularis und ein Ast der Art. palatina superior.

Verf. geht dann nach einigen Betrachtungen über die vergleichende Anatomie der Tonsille zu einer Besprechung der Physiologie über. Er meint unter anderem, dass man der Frage zu wenig Beachtung geschenkt habe, welchen Einfluss Erkrankungen, die eine vermehrte Leukocytose im Organismus bedingen, auf die Tonsillarexsudation in die Mundhöhle haben und welcher der Zusammenhang ist, der zwischen dieser Tonsillarexsudation und den Störungen seitens der Mundhöhle und des Magens besteht, wie solche bei derartigen Krankheiten vorkommen. Verf. meint, dass die Leukocyten in den Tonsillen wahrscheinlich schon ihre physiologische Function erfüllt haben und dass es sich bei ihrer Extravasation mehr um eine Excretion als eine Secretion handelt.

LEFFERTS.

45) **Gámán. Fall von Pharyngomykosis.** *Orvosi Hetilap. No. 2.*

In den Lacunen der Zungen- und der Gaumenmandeln befanden sich zahlreiche gelblichweisse Pfröpfe, welche grösstentheils aus Leptothrixfäden bestanden: subjective Beschwerden waren nicht vorhanden. G. erwähnt, dass nach neueren Forschungen die Krankheit eigentlich keine Mykose, sondern eine Hyperkeratosis faucium sei.

v. NAVRATIL.

46) **Meynet. Pharyngomycosis leptothricia. (Pharyngomycose leptothricique.)** *Marseille Médical. No. IX. 1906.*

Verf. citirt gelegentlich eines von ihm beobachteten Falles die hierüber existirende Literatur. Die wirksamste Behandlung ist die Abtragung des Tonsillargewebes nebst den darauf sitzenden Pilzrasen.

BRINDEL.

47) **Aristodemo Sbrocchi. Die Behandlung der „Tonsillitis catarrhalis". (La cura della „tonsillite catarrale".)** *La Clinica Moderna. X. No. 39. 1905.*

Verf. empfiehlt als Mittel gegen Angina Pinselungen der Tonsillen mit 1 proc. Sublimatlösung. Die Pinselungen sollen dreimal am Tage vorgenommen werden; nach der Pinselung soll der Pat. eine halbe Stunde lang keine Speise oder Getränk nehmen. Verf. hat oft bereits nach einer Pinselung deutliche Besserung mit Sinken der Temperatur gesehen; im Allgemeinen sollen drei bis vier Pinselungen genügen, um den Process zum Verschwinden zu bringen. Tritt diese prompte

Wirkung nicht ein, so sei der Verdacht gerechtfertigt, dass es sich um eine Diphtherie handelt.

FINDER.

48) **De Angelis Ila. Tonsillitis phlegmonosa und der Modus ihres Zustandekommens. (Tonsillite flemmonosa e suo modo di formazione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1906.*

Aus den experimentellen und histologischen Untersuchungen, die Verf. anstellte — als Versuchsthiere benutzte er Hunde —, ergiebt sich, dass der peritonsilläre Abscess seinen Ursprung stets extratonsillär nimmt, niemals innerhalb der eigentlichen Tonsille. Er beginnt in Folge einer Ablagerung von Mikroorganismen in den Krypten des Hilus, die durch narbige oder entzündliche Vorgänge miteinander verwachsen sind. Von dort gelangen die Infectionsträger zuerst in den Recessus palatinus. Wenngleich die eigentliche Tonsille an der Infection nicht theilnimmt, so spielt sich der infectiöse Process doch zugleich und in erster Linie in dem lymphoiden Gewebe ab, das um den Hilus angeordnet ist. In den Schleimdrüsen fanden sich keine Mikroorganismen, woraus hervorgeht, dass diese zuerst dem Ansturm jener widerstehen; im weiteren Verlaufe der Infection nehmen auch sie an dem Process theil; bestimmt ist dies der Fall in jenen Fällen, in denen der Abscess sich am vorderen Gaumenbogen oberhalb der Fossa supratonsillaris öffnet.

FINDER.

49) **Mathilde de Biehler. Angina und Appendicitis. (Angine et appendicite.)** *Arch. de méd. des enfants. No. VIII. 1905.*

Mittheilung zweier Fälle, in denen im Anschluss an eine Angina eine Blinddarmentzündung auftrat. Es wird die Frage erörtert, ob es sich um zufällige Coincidenz handelt oder ob die Tonsillen die Eingangspforte für die später sich am Wurmfortsatz localisirenden Infectionserreger bildet.

FINDER.

50) **Notiz des Herausgebers. Acute Nephritis und chronische Tonsillarhypertrophie. (Acute nephritis and chronic tonsillar hypertrophy.)** *N. Y. Medical Record. 12. Mai 1906.*

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass man bei Kindern mit acuter Nephritis häufig chronische Tonsillarhyperplasie findet. Spuren einer frischen Infection findet man gewöhnlich nicht, obgleich diese leicht in der Tiefe der Krypten verborgen sein kann. Es komme bisweilen vor, dass bei solchen Kindern Anginen, ohne bemerkt zu werden, verlaufen. Verf. führt 6 Fälle an von Nephritis und Tonsillarhypertrophie; in dem einem Falle führt er die Besserung im Verlauf der Nephritis auf die Tonsillotomie zurück. Man soll erst bei Nephritis der Kinder, wenn sich Hypertrophie der Tonsillen findet, diese aus prophylactischen Gründen local behandeln.

LEFFERTS.

51) **Emil Glas. Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren.** *Virchow's Archiv. Bd. 182.*

Verf. hat 5 benigne Tumoren der Gaumentonsille untersucht; zwei (Fibrolipom und Schleimdrüsenpolyp) werden als hyperplastische, zwei, in denen sich Abkömmlinge aller drei Keimblätter vorfanden, als teratoide Neubildungen be-

zeichnet. Der fünfte Tumor kam bei einem Kinde vor und wird als Lymphgefässectasie in Folge hyaliner Entartung des Bindegewebes im Stiel aufgefasst. Ferner hat Verf. eine Nebentonsille bei einem Phthisiker untersucht, die sich durch starke hyaline Entartung des reticulären Bindegewebes auszeichnete, das an einigen Stellen die Amyloidreaction ergab.

FINDER.

52) **Gerardo Sgobbo. Bedeutung und histologische Varietäten der papillomatösen Geschwülste an den Gaumentonsillen. (Valore e varietà istologiche delle produzioni papillomatose delle tonsille palatine.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1906.*

Verf. giebt zunächst eine Literaturübersicht über die gutartigen Tumoren der Tonsille und beschreibt dann 2 Fälle von papillären Geschwülsten derselben. Er schildert den histologischen Befund und erläutert ihn durch Abbildungen und bemüht sich des weiteren, zu beweisen, dass es sich hier um wirkliche Tumoren und nicht um Entzündungsproducte handelt.

FINDER.

53) **William Wesly Carter. Knochengeschwulst in beiden Mandeln. (Growth of bone in both tonsils.)** *Annals of Otology, Rhinologg and Laryngology. März 1906.*

Verf. sieht einen ätiologischen Factor für die Entstehung dieser Knochengeschwülste darin, dass der Speichel fortwährend über das metaplastisch veränderte Epithel hinfortfliesst, denn die im Speichel enthaltenen Salze beständen zu zwei Dritteln aus Calcium- und Magnesiumphosphat, die auch die hauptsächlichsten anorganischen Bestandtheile des Knochens bildeten.

EMIL MAYER.

54) **W. E. Casselberry. Die Indicationen für das chirurgische Eingreifen bei Krankheiten der Tonsille und die Methoden der Operation. (The indications for surgical interference in disease of the faucial tonsils and the methods of choice in operating.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Die Indicationen können allgemeine und locale sein. Bei gewissen Formen von „Rheumatismus", Endocarditis, Nephritis und Phlebitis weist die klinische Beobachtung darauf hin, dass die Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen dienen. Verf. hat erst kürzlich drei Fälle von schwerer Endocarditis beobachtet, in denen die Erkrankung mit einer acuten Tonsillitis begann; diese Kinder haben für ihr Leben eine Klappenerkrankung acquirirt. Ebenso hat Verf. wiederholt Nephritis im Gefolge von Angina gesehen, meist nur vorübergehende Albuminurie, in einem Falle aber auch Jahre lang andauernde nebst Ausscheidung von Cylindern. Bei einem kräftigen Manne seiner Klientel trat im Anschluss an eine Angina und ohne nachweisbare andere Ursache eine Thrombophlebitis der Vena saphena auf. In keinem dieser Fälle waren die Tonsillen erheblich vergrössert. Die meisten Fälle von sogenanntem „Rheumatismus" nach Angina gehören nach Ansicht des Verf.'s zweifellos zu der Form von Arthritis, wie man sie secundär nach Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Pneumonie etc., beobachtet. Als Beispiel dafür führt Verf. den Fall einer Dame an, deren Tonsillen sehr hyperplasirt waren und zahlreiche eitrige Herde enthielten. Den Attacken von Angina folgte in diesem Fall gewöhnlich eine Polyarthritis, angeblicher „Rheumatismus", so dass die

Patientin dadurch chronisch invalid wurde. Nach Tonsillotomie hörten die Anginen und die ihnen folgenden polyarthritischen Anfälle auf. Häufige Tonsillitis ist besonders im Hinblick auf die durch sie möglicherweise bedingten Complicationen eine Indication zur Tonsillotomie.

Dass eine Infection mit Tuberkelbacillen oft ihren Weg von den Tonsillen zu den Cervicaldrüsen nimmt, ist häufig genug nachgewiesen. Gewöhnliche pyogene Cervicaldrüsenhyperplasie und Tuberculose der Cervicaldrüsen haben so nahe Beziehungen, dass sie nothwendigerweise zusammen betrachtet werden müssen. Pyogene, von den Tonsillen übertragene Infection ist die häufigste primäre Ursache der Drüsenhyperplasie. Werden die Tonsillen, noch bevor die Drüsenhyperplasie permanent wird, amputirt, so verschwindet die Adenitis frühzeitig.

Eine weitere Indication für einen chirurgischen Eingriff bedeutet die allgemeine Toxämie, die von der Zersetzung des in den Tonsillarkrypten angehäuften Materials ihren Ausgang nehmen kann. Die Symptome sind nicht genau umschrieben; bleiches Aussehen, schlechtes Allgemeinbefinden, dyspeptische Beschwerden sind dabei vorhanden. Auf die richtige Spur wird man bisweilen durch den foetor ex ore gebracht.

Verf. giebt dann noch besondere Rathschläge für die Technik der Operation und die Wahl der Instrumente.

EMIL MAYER.

55) **Constantin. Ueber die Tonsillarblutungen und ihre Behandlung. (Des hémorrhagies tonsillaires et de leur traitement.)** *Thèse de Toulouse. 1905.*

Verf. bespricht die postoperativen Tonsillarblutungen, ihre Entstehung und die verschiedenen Mittel, um sie zum Stehen zu bringen. In Fällen schwerer Blutung empfiehlt Verf. die Ligatur der Gaumenbögen oder die Pharynxtamponade nach Escat.

A. CARTAZ.

56) **L. C. Cline. Anästhesie bei Tonsillar- und Adenoidoperationen. (Anaesthesia in tonsil and adenoid operations.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Chloroform soll nur in den seltenen Fällen gebraucht werden, wo Aether contraindicirt ist, denn es ist fünfmal gefährlicher als dieser. Verf. selbst braucht niemals ein allgemeines Anaestheticum.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

57) **A. de Simoni. Ueber die Verbreitung der Pseudodiphtheriebacillen bei den Erkrankungen der Ohren, der Nase, des Pharynx und Larynx. (De la diffusion des bacilles pseudo-diphtériques dans les affections des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx.)** *Arch. Internat. de laryngologie, otologie et rhinologie. II. März-April. 1906.*

Verf. hat zahlreiche Fälle, bei denen von Diphtherie keine Rede sein konnte, bakteriologisch untersucht und hat Pseudodiphtheriebacillen gefunden.

Bei Ohrerkrankungen unter 60 untersuchten Fällen 34 mal, bei 60 Fällen von Nasenerkrankungen 46 mal, bei 98 Rachenkrankheiten 75 mal und in 43 Fällen von Kehlkopferkrankungen 25 mal. Verf. ist überzeugt, dass man auf Grund von

morphologischen, chemischen und biologischen Eigenschaften nicht im Stande ist, die Pseudodiphtheriebacillen von den wirklichen Diphtheriebacillen zu unterscheiden; es handle sich vielmehr nur um verschiedene Varietäten, von denen der Diphtheriebacillus die gefährlichste darstellt. Das einzig sichere Mittel zur Unterscheidung ist das Thierexperiment.

FINDER.

58) **Bandi** und **Gagnoni. Die Impfung gegen Diphtherie. (La vaccinazione antidifterica.)** *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Vol. XVII. 429.*

Vorläufige Mittheilung. Bandi, der Director des toscanischen Instituts für Serumtherapie, hat die Bereitung des Serums, Gagnoni den klinischen und experimentellen Theil übernommen.

FINDER.

59) **J. Comby. Drei neue Fälle von Heilung diphtherischer Lähmungen durch das Roux'sche Serum. (Trois neuveaux cas de paralysie diphtérique guéris par le serum de Roux.)** *Arch. de méd. des enfants. August 1906.*

Den bereits von ihm veröffentlichten Fällen fügt Verf. folgende hinzu:

I. 54jähriger Mann; vor 2 Wochen Diphtherie ohne Serumbehandlung. Lähmung des Gaumensegels, Schwäche in den Beinen, atactischer Gang. Drei Tage lang je 20 ccm, während 2 Tagen je 10 ccm Roux'sches Serum injicirt. Heilung 8 Tage später. Trotz bestehender Arteriosklerose keine Albuminurie.

II. 14jähriges Mädchen. 2 Monate nach schwerer Diphtherie allgemeine Schwäche und allmälig allgemeine Paraplegie. Innerhalb 5 Tagen Injection von 70 ccm Serum Roux; bereits nach der zweiten Injection erhebliche Besserung, nach 2 Wochen völlige Heilung.

III. 4jähriges Mädchen. Einen Monat nach überstandener Diphtherie allgemeine Lähmung. Innerhalb 7 Tagen 70 ccm Serum injcirt; nach 8 Tagen Heilung.

FINDER.

60) **Valagussa. Ueber Kehlkopfintubation beim Croup. (Sulla intubazione laringea nel croup.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica delle R. Università di Roma. Rom 1905.*

Verf. hat an dem Instrumentarium für die Intubation einige Modificationen angebracht. Der Introductor ist nicht rechtwinklig gebogen, sondern hat ungefähr die Krümmung wie ein Mercier'scher Metallkatheter. Die Vorrichtung zum Vorstossen der Tube fällt fort; vielmehr wird diese von dem Finger, mit dem man die Epiglottis aufrichtet, von dem Introductor abgelöst. Die Canülen haben einen langen durchgängigen Mandrin, der nicht nur dazu dient, um sich zu vergewissern, dass die Introduction gelungen ist, sondern auch um den Spasmus glottidis zu überwinden, der oft an dem Nichtgelingen schuld ist. Verf. giebt eine Statistik der an der pädiatrischen Klinik in Rom ausgeführten Intubationen.

FINDER.

61) **Egidi. Das verzögerte Decanulement bei wegen Croup tracheotomirten Kindern. (La tardiva decanulazione dei bambini operati di tracheotomia per crup.)** *Rivista di Clinica Pediatria. December 1905.*

Verf. berichtet über ein Mädchen, das vor 3 Jahren an Croup erkrankte; es wurde damals die Tracheotomie gemacht. So oft man versuchte, die Canüle zu

entfernen, bekam das Kind schwere Erstickungsanfälle. Nachdem so 16 Monate verflossen waren, zerbrach die Canüle und die eine Hälfte blieb in der Luftröhre stecken, so dass das Kind jeden Augenblick zu ersticken drohte. Verf., dem die Patientin zugeführt wurde, machte sofort die Intubation und extrahirte das in der Trachea sitzende Stück der Canüle. Nach einiger Zeit trat Heilung ein. Verf. veröffentlicht den Fall als Beispiel für die Gefahren und Unzuträglichkeiten der Tracheotomie gegenüber der Intubation.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Teofil Zalewski** (Lemberg). **Ein Fall von angeborener Kehlkopfmembran.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 523.*

Dünne nachgiebige Membran bei einem 25jährigen Manne dicht unterhalb der Stimmbänder; im hinteren Theil eine runde Oeffnung. Athemnoth nur bei Anstrengung; Beschwerden sollen überhaupt erst seit einem Jahre bestehen, doch war die Stimme niemals klar. Der übrige Kehlkopf vollständig normal. Die Entfernung der Membran gelang leicht mittelst der doppelten Pincette nach Störk.

F. KLEMPERER.

63) **J. Katzenstein. Ueber ein neues Hirnrindenfeld und einen neuen Reflex des Kehlkopfes.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. H. 3/4. S. 396.*

Verf. giebt eine kurze historische Uebersicht über die Lehre von den Beziehungen der Grosshirnrinde zu den Kehlkopfbewegungen, aus denen hervorgeht, dass nach der von vielen Beobachtern bestätigten Angabe von Krause Reizung des Gyrus praecruciatus beim Hunde doppelseitige Kehlkopfbewegungen hervorruft. Dem steht die Beobachtung von Masini gegenüber, der einseitige Adduction des gegenseitigen Stimmbandes auf Rindenreizung erhalten hatte. Mit Hülfe unipolarer Reizung konnte Verf. diese Beobachtung bestätigen, und dies gelang dann auch mit feinen Doppelelektroden. Wurden die Reizungen auf ein etwas weiter unten und vorn gelegenes Gebiet ausgedehnt, so erhielt man Zungen-, Gaumen- und Lippenbewegungen, und weiterhin, auf der zweiten Windung, von neuem einseitige Bewegungen der Stimmbänder. Es ist hier also eine neue Stelle der Hirnrinde aufgefunden, die Kehlkopfbewegungen vermittelt.

Bisher waren ferner am Kehlkopf nur doppelseitige Reflexe bekannt, obschon mitunter einseitige Bewegungen wahrgenommen worden sind. Verf. fand, dass, wenn die Schleimhaut direct über den Stimmbändern auf einer Seite mit einer Sonde berührt wird, eine Zuckung des gleichseitigen Stimmbandes nach der Mitte eintritt. Der Reflex kann durch Rindenexstirpation nicht, wohl aber durch Trennung des Laryngeus sup. ausgeschaltet werden. Beim Menschen lässt sich der Reflex auch nachweisen.

R. DU BOIS-REYMOND.

64) **P. Mazzeo. Einfluss der Revaccination auf den Verlauf des Keuchhustens. (Influenza della rivaccinazione sul corso della tosse convulsiva.)** *Società Italiana di pediatria. Sezione Napolitana. 3. April 1906.*

Von 6 Geschwistern, die an Keuchhusten erkrankt waren, wurden die beiden Kinder, bei denen die Krankheit am schwersten war, revaccinirt; bei beiden trat



sofort eine auffallende Besserung ein und nach 2 Wochen waren sie geheilt, während der Keuchhusten bei den anderen Geschwistern unvermindert andauerte.

FINDER.

65) A. B. Atherton. **Tracheotomie als Mittel bei Keuchhusten. (Tracheotomy as a remedy in whooping-cough.)** *Maritime Medical News. Februar 1906.*

Auf Grund eines von ihm mitgetheilten Falles empfiehlt Verf. bei schweren Fällen von Keuchhusten die Tracheotomie als Heilmittel.

EMIL MAYER.

66) Zwillinger. **Tabische Lähmung der Stimmbänder und des Velum.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

Bei dem Kranken bestehen Schluckbeschwerden, Heiserkeit, mässige Athembeschwerden. Rechte Hälfte des Velum nimmt an den Bewegungen nicht theil, Sensibilität ungestört. Rechtes Stimmband in Medianstellung, mässig excavirt, erscheint kürzer. Linkes Stimmband spannt sich in Folge einer Lähmung des Musculus vocalis bei der Phonation nicht an. Es bestanden keine Krisen.

v. NAVRATIL.

67) G. Spiess (Frankfurt a. M.). **Die Stimme bei einseitiger Posticuslähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 392.*

Verf. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei einseitiger Posticuslähmung kann die Stimme vollkommen normal sein. 2. Besteht eine Stimmstörung, so ist dieselbe dadurch verursacht, dass das gelähmte Stimmband in einem anderen Niveau steht wie das gesunde. 3. Durch methodische Stimmübung lässt sich diese Niveaudifferenz ausgleichen und wieder eine klare Stimme erzielen. 4. Innere Medicamente, Elektrisiren, sowie alle anderen auf der gelähmten Seite angewandten Heilverfahren sind vollkommen erfolglos.

F. KLEMPERER.

68) Alfred Hüssy. **Lähmung der Glottiserweiterer im frühen Kindesalter.** *Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.*

Es handelt sich um ein 13 Monate altes Kind, das eine luetische Pseudoparalyse hat. Es traten dyspnoische Anfälle auf, die dadurch charakterisirt sind, dass die Inspiration lang gedehnt und erschwert ist, während die Exspiration verhältnissmässig frei ist. Die Stimme ist nicht wesentlich verändert. Specifische Behandlung bleibt wirkungslos. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Lähmung des Posticus handelte. Das Kind wurde tracheotomirt; 14 Tage darauf Exitus in Folge Pneumonie. Ein Zusammenhang zwischen Lues und Lähmung konnte durch die Section nicht sichergestellt werden.

FINDER.

69) Jul. Broeckaert (Gent). **Bemerkungen zu den Aufsätzen der Herren Dr. Dorendorf und Prof. Paul Schultz: „Ueber die centripetale Leitung des Nervus recurrens" und „Die Betheiligung des Sympathicus an der Kehlkopfinnervation".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 542.*

Polemischen Inhalts. B. zeigt, dass die Resultate der von Dorendorf und Schultz angestellten Versuche von dem seinen durchaus nicht in dem

Maasse abweichen, wie es diese Autoren darstellen, vielmehr im Wesentlichen die gleichen sind.

F. KLEMPERER.

70) **Gaudier** und **Bernard. Beiderseitige Recurrenslähmung. (Paralysie récurrentielle bilatérale.)** *Echo médical du Nord. No. III. Januar 1906.*

Geschichte eines Mannes, der nach einem leichten Trauma sehr schnell Athmungsstörungen bekam, begleitet von Parese der oberen und unteren rechten Extremität. Die Stimmlippen standen in der Mittellinie. Gleichzeitig bestanden gesteigerte Sehnenreflexe, Anästhesie der Cornea, des Rachens und der Haut.

Verff. denken an eine hystero-traumatische Natur der Kehlkopfaffection; trotzdem gedenken sie wegen der Asphyxie die Thyreotomie zu machen.

BRINDEL.

71) **Ohm** (Berlin). **Ein Fall von Pneumothorax mit Recurrenslähmung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 49. 1905.*

Bei einem 38jährigen tuberculösen Kaufmann tritt plötzlich in Folge von Durchbruch einer Caverne rechtsseitiger Pneumothorax auf; am übernächsten Tage starke Heiserkeit; laryngoskopisch: linkes Stimmband bewegungslos in Medianstellung mit leicht excavirtem Rande. Zur Entfaltung der collabirten Lunge Drainage der rechten Pleurahöhle nach Bülau. Die Lunge entfaltet sich gut, die Verdrängung des Herzens lässt nach. Drei Tage danach wieder bessere Stimme, laryngoskopisch Bewegungen des linken Stimmbandes. In Folge der Tuberculose und der Herzschwäche schliesslich Exitus. Die Section deckte am Aortenbogen zwei bohnengrosse anthracotische Bronchialdrüsen auf.

Verf. erklärt den Zusammenhang der Recurrenslähmung mit dem Pneumothorax so, „dass durch die starke Verdrängung des Herzens und des Aortenbogens, um den sich ja der linke Nervus recurrens herumschlingt, eine dauernde Zerrung des Nerven statthatte, welche den Ausfall der Stimmbandbewegungen nach sich zog". Im weiteren Krankheitsverlauf hörte mit der Entfaltung der collabirten Lunge die Zerrung des Nerven auf und trat damit wieder die Function desselben auf. Unwahrscheinlich ist, dass die gefundenen Bronchialdrüsen den Nerv gequetscht haben könnten.

ALBANUS (ZARNIKO).

72) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Paralyse des M. crico-thyreoideus.** (Verhandl. der med. Gesellsch. zu Kopenhagen.) *Hosp. Tidende. p. 218. 1906.*

Verf. hat 9 Fälle in der Literatur gefunden, wozu 4 Fälle vom Communehospital in Kopenhagen kommen. Das Wesentlichste bei dem laryngoskopischen Bilde ist die wellenförmige Linie, welche die Stimmritze bildet.

Bei dem einen der vier Patienten fand sich keine nachweisbare Ursache des Processes, in den drei anderen wurden Symptome eines bulbären Leidens festgestellt. Der eine Fall ist früher von V. Klein mitgetheilt. Die Section ergab, dass beide Nn. laryngei superiores entartet waren.

E. SCHMIEGELOW.

73) **Badanowsky. Beitrag zur Kenntniss des Infectionsweges bei der Kehlkopftuberculose. (Contribution à l'étude du mode d'infection dans la tuberculose laryngée.)** *Dissertation. Lausanne 1905.*

Einstweilen nicht erhältlich.

JONQUIÈRE.

74) **Buoni** (Schweiz). **Beitrag zur Kenntniss des Rhinoskleroms in der Schweiz. (Contribution à l'étude du rhinosclerome en Suisse.)** *Dissert. Lausanne 1905.*
Einstweilen nicht erhältlich. JONQUIÈRE.

75) **Dobrowolski. Ueber Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (W sprawie gruzlicy krtani w chzieci.)** *Medycyna. No. 23 u. 24. 1906.*

Zwischen 6000 hals- und kehlkopfkranken Kindern, die Verf. im Laufe von 12 Jahren im Kinderhospitale behandelte, fand sich Kehlkopftuberculose zweifellos nur in 3 Fällen (Knabe $8^1/_2$ Jahre alt, 2 Mädchen zu 5 Jahren). Ausserdem behandelte Verf. noch einige, die, obwohl sie als Kehlkopftuberculose anerkannt waren, doch wegen Fehlens von Tuberkelbacillen bei mikroskopischer Untersuchung in die Beschreibung nicht aufgenommen wurden. Aus diesen Bemerkungen behauptet Verf., dass die Kehlkopftuberculose bei Kindern verläuft ohne schwere subjective Beschwerden, ohne quälende Dysphagie und Würgen. Objective Veränderungen unterscheiden sich nicht von denen bei Erwachsenen.

v. SOKOLOWSKI.

76) **Tóvölgyi. Ueber die Therapie der Larynxtuberculose in der Landpraxis.** *Orvosok Lapja. No. 4.*

T. hebt die therapeutische Wirkung der Hetolinjectionen bei Larynxtuberculose noch einmal hervor. Es ist von grosser Wichtigkeit, bei jedem Tuberculösen die Kehlkopfuntersuchung vorzunehmen, selbst wenn keine Klage darauf hinweist. Der Arzt, welcher mit der Laryngoskopie nicht gehörig vertraut ist, kann Inhalationen, Insufflationen vornehmen. Empfiehlt verschiedene Arzneigemische zu diesem Zwecke. v. NAVRATIL.

77) **Krieg** (Stuttgart). **Ueber chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 288.*

K. berichtet über seine Erfahrungen und Resultate; er verfügt jetzt über 60 Fälle von geheilter Kehlkopftuberculose. Zur Zerstörung des tuberculösen Gewebes verwendet er in leichteren Fällen bei ursprünglich seichten oder durch Galvanokaustik seicht gemachten Geschwüren 80 proc. oder reine Milchsäure oder Lapis in Substanz, sonst aber zieht er allen anderen Mitteln und Methoden bei Weitem die Galvanokaustik vor. Seine lesenswerthen Ausführungen führen zu dem Schluss: „dass die trostlose Ansicht von der Unbeeinflussbarkeit durch die Therapie unrichtig ist, dass vielmehr eine kleinere Anzahl Kranker geheilt und dass eine grosse Anzahl so gebessert werden kann, dass ihr Leben in lebenswerthem Zustand verlängert wird, dass das zu erreichen aber nur möglich ist durch zielbewusste, beharrliche, die Technik souverän beherrschende Anwendung der chirurgischen Behandlung, am besten der Galvanokaustik.

F. KLEMPERER.

78) **Megnon. Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Fluorsilber. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Juni 1906.*

Verf. hat das Mittel 2 Jahre lang in einer grossen Anzahl von Fällen systematisch gebraucht. Nach mannigfachen Versuchen ist er dazu gelangt, einer

1 proc. Lösung den Vorzug zu geben, die er in ziemlich energischer Weise auf die erkrankte Schleimhaut applicirt. Bei empfindlichen Patienten und ausgedehnter Erkrankung wendet er vorher Lokalanästhesie an. Das Fluorsilber wirkt leicht kaustisch; nach der Anwendung sind keine starken Schmerzen vorhanden, im Gegentheil die durch die tuberculöse Schleimhauterkrankung verursachten Schmerzen lassen bei vielen Patienten nach der Application für 1—2 Tage nach. Andere lokale Mittel, Milchsäure, Guajacol etc. behalten für gewisse Fälle dabei ihre Berechtigung. Das Fluorsilber hat eine sehr wichtige Indication, die darin besteht, nach endolaryngealen Eingriffen mit Zange oder Kaustik angewandt zu werden. Die Nachbehandlung mit diesem Mittel hat sehr gute Resultate gegeben.

LEFFERTS.

79) **Heinrichs** (Rostock). **Ein weiterer Fall von Aktinomykose des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 350.*

Brettharter, gleichmässiger, schmerzloser Tumor, auf der linken Schildknorpelplatte fest aufsitzend; innerer Kehlkopfbefund normal. Die Diagnose, die zwischen Enchondrom und Aktinomykosis laryngis externa schwanken konnte, wurde gestützt durch den Nachweis eines kranken Zahnes im Unterkiefer, von dem ein dünnes, ziemlich straffes Strangbündel gerade nach dem oberen Ende der Geschwulst am Schildknorpel hinzog. Heilung durch Operation (bei der Eiter mit Aktinomycesdrüsen gefunden wurde) und Jodkali ($1^1/_2$ g pro die) innerlich.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

80) **Geo Everett Bulby. Erkrankungen der Schilddrüse. (Affections of the thyroid gland.)** *Annals of Surgery. Juni 1906.*

Verf. behandelt die einfache Hyperplasie, das Adenom, Cysten, metastatische Schilddrüsengeschwülste, Morbus Basedow, chronische Thyreoiditis, Tuberculose und Carcinom. Was den Morbus Basedow anbelangt, so werden 6 Fälle, alle Weiber im Alter von 26—46 Jahren betreffend, mitgetheilt. In 2 Fällen trat Exitus ein, einer der Todesfälle war die Folge der Narkose. Die anderen vier Fälle wurden geheilt resp. erheblich gebessert.

EMIL MAYER.

81) **Mauclaire** (Paris). **Die verschiedenen Arten des Kropfes und ihre Behandlung. (Les diverses variétés et le traitement des goîtres.)** *Journal des Praticiens. 24. October 1905.*

Eine klassische, klinische Studie. M. unterscheidet: parenchymatösen, fibrösen, colloiden, cystischen Kropf, Colloid-, Gefässkropf und Morbus Basedow.

Die Behandlung kann sein: 1. medicamentöse (Jodtinctur, Thyreoidin, interstitielle Injectionen von Jodtinctur), 2. chirurgische und zwar Totalexstirpation (wegen ihrer Gefahren zu verwerfen), partielle Exstirpation, Enucleation (ebenso wirksam und weniger gefahrvoll als die Exstirpation), Resection, Evidement, Exothyropexie, Ligatur, Section des Schilddrüsenisthmus.

Am meisten Vortheile bietet die Enucleation.

PAUL RAUGÉ.



82) **Joseph C. Bloodgood. Adenom der Schilddrüse. Eine klinische und pathologische Studie. (Adenoma of the thyroid gland. A clinical and pathological study.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1906.*

B. berichtet über 21 Fälle von Adenom der Schilddrüse. Das Alter der Patienten bei Beginn der Erkrankung war von 2—42 Jahren; in 2 Fällen war der Tumor congenital. Alle Patienten waren weiblich. Es scheint eine gewisse Beziehung zwischen Auftreten des Adenoms und Pubertät zu bestehen. Bei einem Patienten entstand das Adenom nach einer Pneumonie. Die Dauer der Erkrankung schwankt von 2—29 Jahren. In drei Fällen von Adenom sass der Tumor ausserhalb der Schilddrüse.

Verf. theilt die 21 Fälle in folgende Gruppen: Multiples, fötales Adenom (3 Fälle); einfaches fötales Adenom (6 Fälle); einfaches Colloidadenom (5 Fälle) und gemischtes einfaches Adenom (7 Fälle).

Der Aufsatz ist reich illustrirt. LEFFERTS.

83) **Isabella C. Herd. Teratom der Schilddrüse. (Teratoma of the thyroid gland.)** *American Journal of Medical Science. Juni 1906.*

Das Kind starb an einer incurrenten Krankheit, als es vier Tage alt war. Die Section zeigte, dass der Tumor sich von der Parotis bis zur Clavicula erstreckte; er war halbfest und die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Teratom handelte. Es stellt ein wahres Embryoma dar und hat sich wahrscheinlich aus einer besonderen Eizelle entwickelt. EMIL MAYER.

84) **L. Richon** und **P. Jeandelise. Wirkung der Thyreodectomie und der mit dieser Operation combinirten Castration auf die langen Röhrenknochen. Vergleich mit den Wirkungen der Castration. (Action de la thyreodectomie et de cette opération combinée avec la castration sur les os longs des membres. Comparaison avec les effets de la castration.)** *C. R. Soc. de Biol. I. 58. p. 1084 u. 1807.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

85) **Bérard** (Lyon). **Zufälle bei der Thyreodectomie. (Accidents de la thyreoidectomie.)** *Société de Chirurgie de Lille. 27. Januar 1906.*

In einem Falle wurde nach Enucleation des einen Lappens die Luftröhre plötzlich abgeplattet. Um die Erstickungsgefahr zu beseitigen, befestigte B. die lateralen Ränder der Trachea mit einigen Nähten am Sternocleidomastoideus.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen sehr gefässreichen Kropf mit Erstickungsanfällen. B. machte die Exothyropexie; unmittelbar darauf Besserung. Drei Wochen später Abtragung der beiden Lappen; Heilung. PAUL RAUGÉ.

86) **Francis T. Shepherd. Einige Erfahrungen bei der Thyreodectomie. (Some experiences in the operation of thyreoidectomy.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1906.*

S. hat seine erste Thyreoidectomie im Jahre 1883 gemacht. Bei seinen ersten 25 Fällen gebrauchte er die Methode von Socin, die Enucleation, nachdem er jedoch 2 Fälle von schwerer secundärer Blutung erlebt hatte, gab er diese

Methode zu Gunsten der Excision auf. Bei ungefähr 100 Operationen hat er nur einmal den N. recurrens verletzt. Verf. erwähnt, dass Lähmung eines Nerven in Folge Druck durch den Tumor sehr häufig war und zwar war meist die der stärksten Entwicklung des Tumors entgegengesetzte Seite die gelähmte. Es ist sehr wichtig, den Kehlkopf vor der Operation zu untersuchen; denn wenn man die eine Seite gelähmt findet, muss man sich desto mehr mit der anderen vorsehen.

Verf. hat mehrere anormale Fälle angetroffen, in denen das obere Horn nach hinten verlagert war und Trachea und Oesophagus umgab und einen Fall, wo die Drüse zwischen Trachea und Oesophagus sass.

Folgendes sind die vom Verf. für Operation bei einfachem Kropf angegebenen Indicationen: Progressives Wachsthum des Tumors; schnelles Wachsen mit Dyspnoe; Verengerung der Trachea: Beschwerden beim Schlucken; Veränderung der Stimme; Tachycardie und wachsende Nervosität; Entstellung in Folge Grösse des Tumors.

Bei der Operation nimmt Verf. anfangs Chloroform, dann Aether und Chloroform zu gleichen Theilen. Er hat niemals einen Todesfall oder beunruhigende Erscheinungen dabei erlebt. Von den 7 Fällen maligner Struma wurde einer durch Operation dauernd geheilt. Bei einfacher Struma hat er keinen Todesfall erlebt, dagegen 2 nach Operation bei Morbus Basedow.

S. macht eine senkrechte Incision nach innen vom Sternocleidomastoideus und unterbindet, bevor er die Drüse nach aussen wälzt, zuerst die A. thyreoidea superior, dann die inferior. Nach der Operation legt er für 24 Stunden ein Drain ein. Temperaturerhöhung tritt in 60—80 pCt. der Fälle ein.

Er hat nur einen Fall von Myxödem nach der Exstirpation gesehen und hier handelte es sich um eine maligne Struma. Nur in einem Falle musste die Tracheotomie gemacht werden.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

87) **Chas. R. L. Putnam. Angeborene Obliteration des Oesophagus mit Oesophago-Trachealfistel. (Congenital obliteration of the oesophagus with oesophagotracheal fistula.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1906.*

Demonstration nebst Beschreibung eines durch Section gewonnenen Präparates.

LEFFERTS.

88) **S. J. Meltzer** und **J. Auer. Ueber einen Vagusreflex für den Oesophagus.** *Centralbl. f. Physiol. No. 10. S. 338. 1906.*

Reizt man das centrale Ende des Halsvagus beim Hunde mit Inductionsströmen von einer gewissen Reizstärke, so erhält man, wenn der andere Vagus intakt ist, eine tetanische Zusammenziehung der ganzen Speiseröhre, welche oft bald nach dem Reizbeginn einsetzt und fast immer sofort nach der Reizunterbrechung aufhört. Bei gewissen Graden der Narkose des Thieres erzielt man bei schwächeren Reizen eine tetanische Contraction nur des Halstheiles der Speiseröhre, der Brusttheil reagirt erst auf starke Reize und zwar oft ein wenig später als der Halstheil. Bei tiefer Narkose veranlassen auch starke Reize nur eine Contraction des Hals-

theiles, der Brusttheil reagirt dann gar nicht. Das betreffende Reflexcentrum besteht aus 2 Unterabtheilungen, von denen die eine, welche dem Halstheile vorsteht, leichter reizbar ist und der Narkose grösseren Widerstand leistet als die Abtheilung des Centrums, welche dem Brustösophagus vorsteht.

J. KATZENSTEIN.

89) **Richard Kümmel** (Hamburg-Eppendorf). **Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Erkrankung des Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1906.*

Bericht über einen einschlägigen Fall nebst ausführlichem Sectionsbefund.

HECHT.

90) **Chas. R. L. Putnam. Strictur der Speiseröhre mit gutem Resultat drei Jahre nach der Operation. (Stricture of the oesophagus showing good results three years after operation.)** *N. Y. Medical Journal. 28. April 1906.*

Vorstellung und klinische Geschichte des Falles.

LEFFERTS.

91) **Notiz des Herausgebers. Diagnose der malignen Speiseröhrenstricturen. (The diagnosis of malignant oesophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1906.*

Die Sondenuntersuchung giebt keinen Aufschluss über die Natur der Strictur, ob es sich um Spasmus, Divertikel, Narbe oder Neubildung handelt. Der Spasmus ist vorübergehend, Divertikel erkennt man am besten nach Anwendung von Bismuthum subnitricum auf dem Fluorescenzschirm, schwierig ist dagegen die Unterscheidung zwischen Narbenstricturen und Carcinom. Marcon schlug dazu folgende Methode vor: Ein Bougie mit olivenförmigem Ende wird in den Oesophagus eingeführt und durch die Strictur gewaltsam durchgebracht; ist dies nicht möglich, so wird es gegen die Strictur gedrückt und rasch wieder herausgezogen. Was dann am Ende der Sonde haftet, wird untersucht. Verf. führt einige Fälle an, in denen durch diese Methode die Diagnose auf Carcinom gestellt werden konnte.

LEFFERTS.

92) **D. v. Navratil. Ueber die narbenbildende Wirkung der Schilddrüsenstücke bei partieller und circulärer Oesophagusnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 22.*

In einer früher erschienenen Arbeit „Ueber eine neue Oesophagusnaht“ gab N. schon bekannt, dass, wenn die partielle Oesophaguswunde mit einer in der Mucosa geführten Tabaksbeutelnaht und über diese noch mit einer in der Muscularis geführten fortlaufenden Naht verschlossen wird — die Glandula thyreoidea bei ihrem oberen Pole mit den Blutgefässen in Verbindung bleibt, beim unteren Pole unterbunden, und dann mobilisirt wird — die partielle Oesophaguswunde per primam heilt. In Folgendem ging N. einen Schritt weiter; er exstirpirte in drei Fällen einzelne Theile der Schilddrüse — die mit den Blutgefässen nicht in Verbindung blieben — und diese legte er auf die oben erwähnte Oesophagusnaht, die er mit ein Paar feinen Seidennähten fixirte. Die partielle Oesophaguswunde heilte auch in diesem Falle per primam. — In zwei Fällen legte er einen von Schilddrüsenstücken verfertigten Kranz auf die circuläre Oesophagusnaht mit gutem Erfolge. Heilung per primam. — In 4 Fällen resecirte er 1—$1^1/_2$ cm von dem Oeso-

phagus des Hundes circulär und legte den von Schilddrüsenstücken verfertigten Kranz auf die Oesophagusnaht. Der erste Fall misslang, der Hund ging aber nicht zu Grunde an eiteriger Mediastinitis. Die anderen drei heilten per primam mit mässiger Stenose. Die Thiere wurden controlgemäss getödtet und secirt. N. wollte so die am Oesophagus fehlende dritte Schicht, d. h. die Serosa durch die Schilddrüsenstücke ersetzen.

v. NAVRATIL.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XIII. Versammlung süddeutscher Laryngologen.*)

4. Juni 1906.

Vorsitzender: Winckler (Bremen).

(Officieller Bericht des Schriftführers Blumenfeld (Wiesbaden.)

1. Gutzmann (Berlin): Ueber die Tonlage der Sprechstimme.

Nach eingehender Würdigung der Untersuchungen Merkel's, Paulsen's u. A. bespricht G. die Methodik der einschlägigen Versuche. Wesentlich ist, dass der zu Untersuchende den Controlton nicht wahrnimmt. G. bediente sich zur Untersuchung der Sprechtonhöhe des von Gruber und Wirth im Wundt'schen Laboratorium angegebenen Kehltonschreibers. Daneben leistete auch die einfache Controle bei gutem musikalischen Gehör gute Dienste. Die persönliche Fehlerquelle G.'s war, wie Controlversuche zeigten, sehr gering. G. fasst seine Untersuchungsresultate wie folgt zusammen:

1. Die Untersuchung auf die durchschnittliche Tonlage der Sprechstimme muss möglichst ohne Wissen des zu Untersuchenden vorgenommen werden und nach genügender Feststellung muss die Prüfung des Tonumfanges angeschlossen werden.

2. Die durchschnittliche Tonlage ist bei normal sprechenden Männern, Frauen und Kindern an der unteren Grenze des Tonumfanges zu suchen und liegt bei Männern zwischen a und e, bei Frauen und Kindern zwischen a und e′.

3. Die Sprechtonlage entspricht keiner bestimmten Tonart.

4. Die ruhige Sprechstimme geht im Grossen und Ganzen in Cadenzen der kleinen Terz von statten, und zwar nach den von Helmholtz bereits angegebenen Regeln, wenn wir den musikalischen Werth des ganzen Satzes in Betracht ziehen. Innerhalb der einzelnen Silben jedoch schwanken die Tonhöhen flüssig ineinander.

5. In pathologischen Fällen handelt es sich gewöhnlich um eine Erhöhung der Tonlage, nur selten um eine Vertiefung, die gewöhnlich mit einer auffallenden Rauhigkeit des Klanges verbunden ist.

6. Die Cadenzen sind bei pathologischen Fällen erheblich grösser, nicht selten so gross wie beim Rufen.

---

*) Ausführlicher Bericht erscheint bei Stuber (C. Kabitzsch) in Würzburg.

Discussion:

Killian (Freiburg): Bei hysterisch Aphonischen kommt es vor, dass beim Wiederbeginn des Sprechens eine gewisse Schwierigkeit besteht, in der natürlichen Tonlage zu sprechen. K. gab diesen Kranken Stimmgabeln mit, deren Tonhöhe die zu gewinnende Höhe der Stimme annähernd entsprach. Die Tonhöhe stellte sich meist in kurzer Zeit wieder richtig ein.

Jurasz (Heidelberg) fand, dass bei der Pathologie des Stimmwechsels immer eine Tonerhöhung stattfindet.

Winckler (Bremen) empfiehlt bei Kehlkopfdrücken Sprechübungen, bei denen der Kranke ein Streichhölzchen zwischen den Zähnen hält.

Gutzmann (Schlusswort) stimmt zu, dass beim pathologischen Stimmwechsel vorwiegend Erhöhung eintritt, mit seltenen Ausnahmefällen. Beim Pressen und Drücken der Stimme kommt es in erster Linie darauf an, den harten Stimmansatz zu beseitigen.

2. Killian (Freiburg): I. Ein Nasenoperations-Stativ für Untersuchungszwecke.

Um einerseits dem Schüler Operationen, die im Naseninnern gemacht werden, zu demonstriren und andererseits die Uebungen der Schüler direct zu controliren, hat K. mit Instrumentenmacher Fischer in Freiburg ein Stativ construirt. Eine Kopfhälfte wird mittelst Kette an einer vertical stehenden Eisenplatte befestigt. Die Platte besitzt der Lage des Naseninnern entsprechend einen Ausschnitt, der mit einer Glasscheibe gedeckt wird. Von aussen wird über das Präparat eine aus Metallblech gestanzte Kopfhälfte gezogen. Ein geeigneter Schirm hält störendes Nebenlicht fern. Der Apparat ist für Nasenoperationscurse sehr geeignet.

II. Die Ballenger'sche Modification meines Septummessers.

Das bekannte Killian'sche Instrument hat B. in der Weise modificirt, dass er die Schneide drehbar machte. Damit sie sich von selber auf die Schnittrichtung unter dem Einflusse des jeweiligen ausgeübten Druckes einstellt, ist sie nicht gerade, sondern gebogen gestaltet mit der Concavität nach vorne. Das Messerchen erlaubt die ganze zu resecirende Knorpelplatte mit einmal zu reseciren.

III. T-förmige Canülen aus Gummi zur Behandlung von laryngotrachealen Stenosen.

Zur Dilatation von narbigen Veränderungen des Kehlkopfes und der Luftröhre benutzt K. statt des harten Materiales weichen Gummi. Die rothe Sorte ist vorzuziehen. Entzündliche Veränderungen, Geschwüre, entstanden durch den Reiz scharfer Trachealcanülen, kann man beseitigen, wenn man in die Luftröhre einen Gummischlauch einführt, der an einer Canülenplatte befestigt ist und der über die verengte Stelle hinausreicht. Difformitäten und Stenosen im Bereich der Trachealwunde können mit derartigen T-förmigen Canülen behandelt werden. Man kann dieselben gegebenenfalls von oben her mittelst Faden durch den Larynx ziehen und in die richtige Lage bringen.

IV. Bronchoskopisches.

a) Ein Kragenknopf im linken Hauptbronchus.

Der sehr interessante Fall muss im Original nachgelesen werden. Die Entfernung des anscheinend leicht zu fassenden Fremdkörpers gelang weder mit dem einfachen Häkchen, noch mit dem Lister'schen, da die Instrumente an dem mit der Platte vorliegenden Knopf immer wieder abglitten. Nachdem die ersten mit oberer Bronchoskopie gemachten Versuche fehlgeschlagen waren, wurde die Tracheotomie gemacht. Es gelang sodann nach verschiedenen Lageveränderungen des Knopfes denselben mit dem Häkchen zu entfernen. Die Schwierigkeit, welche sich bot, lag darin, dass der aus weisser Glasporzellanmasse bestehende Knopf sehr glatt war, so dass er keinem Instrumente rechten Halt gewährte. Der weitere Verlauf des Falles war durchaus günstig. Diese Erkrankung führte Gutbert Morton zur Construction eines Hakens, den K. den Morton'schen Spiesshaken nennt. Derselbe ist in dem 21. Bande des „Journal of Laryngology, Rhinology and Otology“ genauer beschrieben.

b) Ein Knochenstück im rechten Hauptbronchus.

Versuche, den Fremdkörper durch obere Bronchoskopie in Chloroformnarkose (Skopolamin-Morphium) zu entfernen, misslangen in Folge der Reizbarkeit des Kranken. Tracheotomie. Nach einigen Tagen untere Bronchoskopie, wobei sich zeigte, dass das Knochenstückchen tief im rechten Stammbronchus steckte. Dasselbe verstopfte den Bronchus ganz. Wegen Schwellung der Schleimhaut zunächst Einführung eines 7 mm dicken Rohres. Nachdem der Fremdkörper über die verengte Stelle hinweggebracht, gelang es mittelst des Lister'schen Häkchens und eines 9 mm Rohres denselben definitiv zu entfernen. Die Schwierigkeit, welche dieser 13 mm lange, ebenso breite und 7 mm dicke Fremdkörper bot, lag wesentlich darin, dass er den Bronchialast vollständig obturirte. Um an derartig obturirenden Fremdkörpern besser vorbeizukommen, construirte K. ein verstellbares Häkchen, das sich geradegestreckt an dem Fremdkörper vorbeiführen lässt und sich in der Tiefe rechtwinklig auf Druck umbiegt.

V. Probebissen.

Bei functionellen Störungen des Schluckactes genügt die übliche Inspection der Mundrachenhöhle, Speiseröhre, Bougierung und Röntgenuntersuchung nicht. Vielmehr muss die Function der Kau- und Schlundwerkzeuge geprüft werden. K. giebt deshalb einen sogenannten Probebissen (Milchbrödchen). Die Zeit, welche zur Bewältigung desselben durch die Kauwerkzeuge benöthigt wird, ist individuell sehr verschieden. Um die Frage, ob der Probebissen normal zerkleinert wurde, exact entscheiden zu können, hat K. einen Kaubecher machen lassen. Derselbe enthält übereinander 5 Siebe, deren Lochweite vom obersten zum untersten allmälig abnimmt. Wenn man den Probebissen in den Becher bringt und unter der Regendouche zertheilt, so sondern sich seine Bestandtheile in sehr übersichtlicher Weise auf die verschiedenen Siebe.

Discussion:

v. Schrötter (Wien): Kautschuk leistete in einzelnen Fällen ausgezeichnete Dienste, doch können auch flexible Metalltuben mit gutem Erfolg verwendet werden. Die Dilatationstherapie soll man nicht schematisiren; die Laryngofissur als Mittel zur Dilatation ist im Allgemeinen nicht zu empfehlen.

Lind (Bern) berichtet von einem Fremdkörperfall im rechten Hauptbronchus, bei dem durch die Anwendung eines 10proc. Cocain-Spray Exitus letalis unter Krämpfen eintrat, nachdem der Fremdkörper glücklich entfernt war.

Keimer (Düsseldorf) bestätigt die günstigen Erfahrungen K.'s über die Gummicanülen.

v. Wild (Frankfurt a. M.) (zu V) weist darauf hin, dass schwere Magendarmstörungen durch mangelnde Achtsamkeit auf ein hinreichendes Kauen entstehen können.

Werner (Mannheim) (zu III) hat in einem Fall von Stenose des Kehlkopfes in den gespaltenen Kehlkopf nach Ausräumung stenosirender Gewebe Epidermis transplantirt. Der Erfolg ist bis jetzt, nach 6 Jahren, überraschend gut geblieben.

Ferner: v. Schrötter (Wien).

Killian (Schlusswort).

3. Kuhn (Kassel): Perorale Tubage in der Pharyngologie.

Von den in Betracht kommenden Methoden hat die perorale Intubation folgende Vorzüge.

1. Leichte Zugänglichkeit des Operationsfeldes (event. mit Längs- oder Querspaltung des weichen Gaumens resp. des Oberkiefers).
2. Sie führt keine Verstümmelung herbei.
3. Sie schützt vor der Gefahr der Aspiration.
4. Es bedarf keiner vorbereitenden Hülfsoperationen.

Die Narkose ist bei der peroralen Intubation ruhig und sicher. Erbrechen kann durch Druck auf die Tamponade hintangehalten werden. In Bezug auf die Technik der Intubation wird auf frühere Arbeiten K.'s verwiesen.

Discussion: Winckler (Bremen).

4. Fischenich (Wiesbaden): Syphilis des Nasenrachenraumes mit Exitus letalis.

Patient hatte vor 7 Jahren Lues acquirirt. Vielfache Behandlung mit Hg. und Jod, aber keine locale Behandlung der seit $3^1/_2$ Jahren aufgetretenen Erscheinungen im Nasenrachenraum. Verschiedentlich wurden kleine Sequester vom hinteren Theile des Septums und vom Keilbein spontan abgestossen. Es bestanden Kopfschmerzen. Plötzlich spontan auftretende schwere Blutung, die sich trotz Tamponade etc. verschiedentlich wiederholte und zum Tode führte. F. nimmt an, dass es sich um eine Blutung aus dem Sinus cavernosus oder petrosus handelte. Der Mangel einer früheren geeigneten localen Behandlung ist nach Fischenich's Ansicht für den üblen Ausgang verantwortlich zu machen.

Discussion: Killian (Freiburg).

(Fortsetzung folgt.)

b) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: E. Glas.

1. Kahler stellt einen 16jährigen Patienten mit Contusio laryngis vor. Die Beweglichkeitseinschränkung des einen Stimmbandes dürfte durch eine traumatische Arthritis mit Erguss in das Gelenk bedingt sein.

Discussion:

Menzel sah bei 2 ähnlichen Fällen in 4 Wochen vollständige Restitutio.

Fein möchte nicht ausschliessen, dass es sich in dem vorgestellten Falle um eine Fractur oder Infraction handeln könnte.

Roth erwähnt ebenfalls einen ähnlichen Fall, bei welchem nach 2 Wochen vollständige Heilung eintrat.

2. Kahler zeigt ein nach Saintclair Thomson von Reiner angefertigtes Adenotom, bei welchem das Verschlucken der Adenoiden durch 3 Widerhaken verhindert wird.

3. Kofler stellt ein zweijähriges Kind mit Retropharyngealabscess vor, der in den äusseren Gehörgang durchbrach.

4. Glas demonstrirt a) ein sehr zellreiches Chondrom (Chondrosarkom) der Nase, b) einen Sklerosekranken, dessen Gaumen von Infiltraten und Narben völlig durchsetzt ist, c) eine Lepra laryngis et narium. Der Primäraffekt der Lepra ist meist in der Nase zu suchen.

Sitzung vom 7. Februar 1906.

1. Glas stellt ein Uranoschisma vor, welches die anatomischen Verhältnisse von Nase und Nasenrachen in ausgezeichneter Weise demonstrirt. Ferner: einen Fall klinisch primärer Tuberculose des Septums und der unteren Muschel, einen Fall von linksseitiger Tonsillarsklerose.

Fein meint, dass das derzeitige Bild keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Initialsklerose giebt.

Weiter stellt Glas einen Patienten mit linksseitiger Recurrenslähmung vor, welcher bei Drehung des Kopfes nach rechts laut und deutlich sprechen kann, während er bei entgegengesetzter Bewegung aphonisch ist. Dieses noch nicht beschriebene Phänomen dürfte auf äussere Muskelwirkung zurückzuführen sein.

Hierzu sprechen Roth und Weil.

2. Hanszel stellt eine Patientin vor, bei welcher im Jahre 1902 wegen einer die Kieferhöhle ausfüllenden Kiefercyste die Jodoformplombirung nach v. Mosetig ausgeführt wurde. Pat. ist seit $2^1/_2$ Jahren geheilt. Plombenschatten am Radiogramm verschwunden. Interessant ist die Thatsache, dass über 1 Jahr lang eine kleine Fistel in der Mundhöhle bestand, durch die man die Veränderung der Plombe mit der Sonde fühlen konnte und dass trotz dieser Communication keine Infection der Höhle stattfand.

Discussion:

Grossmann macht Mittheilung, dass er schon seit längerer Zeit bemüht ist, für die Diagnostik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen eine Untersuchungsmethode, welcher die Zuhülfenahme der Röntgenphotogramme zu Grunde liegt, auszubilden und wird später darüber berichten.

Auf Bemerkungen der Herren Weil, Heindl, Hajek und Neumann betont Hanszel ausdrücklich, dass auch er ungünstige Erfolge von der Plombirung der Kieferhöhle kennt, dass er aber diesen Fall von Kiefercyste auf diese Art der Plombirung vollständig heilen konnte.

3. Menzel stellt einen Patienten mit pseudoleukämischen Veränderungen am Zungengrunde und im Nasenrachenraum vor.

Discussion:

Glas betont die auffallend livide Blässe der Schleimhaut und erwähnt die Todesfälle in Folge Verblutung bei Operationen an solchen Patienten.

Weiter sprechen zu dieser Demonstration Chiari, Hajek, Neumann, welch ersterer nach der Begründung der Diagnose Pseudoleukämie fragt.

4. Grossmann kommt auf die im Archiv für Laryngologie und Rhinologie, 1904. Bd. 16. Heft 1 von Prof. P. Schultz in Berlin erschienene Abhandlung: Betheiligung des Sympathikus an der Kehlkopfinnervation zu sprechen und hält die Frage, ob sich der Sympathicus an der motorischen Innervation des Larynx betheiligt, im verneinenden Sinne für entschieden.

5. Hajek hält einen Vortrag über „Eine Modification der Killianschen Operationsmethode bei chronischen Stirnhöhlenempyemen.“ Hautschnitt wie bei Killian, Entfernung der vorderen Stirnhöhlenwand; Formirung der Spange (Killian). Nunmehr Periostschnitt entlang dem Supraorbitalrand, Ablösung des Periostes über der Trochlea, Absprengung der Trochlea. Abdrängung des Orbitalinhaltes vom Orbitaldach. Das Periost vom aufsteigenden Oberkieferfortsatz und der Lamina papyracea wird nun abgelöst, sodass die ganze mediale und obere orbitale Wand zugänglich sind. Die Entfernung der oberen Orbitalwand kann in wenigen Minuten erfolgen. Die Zugänglichkeit der Orbitalzellen des Siebbeins ist tadellos. Von einer totalen Resection des Proc. frontalis kann abgesehen werden. Die Lamina papyr. wird eingebrochen und eine breite Communication in die Nase angelegt — der überragende hintere Rand des Proc. front. wird abgekniffen, um eventuell hier vorhandene Siebbeinzellen freizulegen. Nun kann auch das hintere Siebbeinlabyrinth und die Keilbeinhöhle angegangen werden. — Entsprechende Naht. In vier Fällen der beste Erfolg, keine Obliquuslähmung.

Sitzung vom 7. März 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: E. Glas.

Kahler: An einem 50jährigen Patienten, dessen linke Stirnhöhle schon früher wegen Eiterung nach Luc Ogston operirt war, wurde wegen neuerlicher Beschwerden von Prof. Chiari die Radikaloperation nach Killian aus-

geführt (17. Februar d. J.). An der Chiari'schen Klinik wurden noch weitere 3 Fälle nach Killian operirt, ein Fall mit Schonung der Trochlea, zwei Fälle mit Ablösung. Seit den Operationen ist die Zeit noch zu kurz, als dass über den Erfolg etwas Definitives gesagt werden kann.

Kahler demonstrirt eine directe Tracheoskopie nach Killian.

Glas stellt 1. die in der letzten Sitzung demonstrirte Initialsklerose der Tonsille abermals vor, bleibt bei seiner Auffassung.

Fein hingegen constatirt auch diesmal, dass nichts gegen die Auffassung als secundäre Veränderungen spricht;

2. einen weiteren Fall von Initialsklerose der Tonsille, welcher im December 1905 als wahrscheinlich diagnosticirt und nach $2^1/_2$ Monaten bestätigt wurde.

Discussion:

Weil und Roth.

3. Tuberculöse Ulcerationen und Granulationen des retronasalen Raumes.

Discussion:

Hajek würde doch Jodkali versuchen, da er Lues nicht ausschliessen möchte.

4. Demonstration des Pharynx und Larynx eines an acuter Leukämie verstorbenen Patienten. Es handelte sich um multiple gangränöse Entzündungsherde im Mund und Rachen.

Discussion:

Weil erwähnt einen ähnlichen Fall aus der Literatur.

Fein stellt einen jungen Mann vor, bei welchem er auf endolaryngealem Wege ein tuberculöses Granulom aus dem oberen Theile der Luftröhre entfernt hat. Sonst nirgends Zeichen von Tuberculose. Chiari-Hanszel.

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom Februar 1906.

Donellan: Fall von Kehlkopfulceration zur Diagnose.

Dundas Grant: Fall von ausgedehnter syphilitischer Ulceration im Pharynx bei einem 28jährigen Manne, mit Calomelinjectionen behandelt.

Der Pat. wurde bereits in einer früheren Sitzung vorgestellt; Dr. Liven (Aachen) schlug damals vor, Calomelinjectionen zu machen, da die anderen antisyphilitischen Maassnahmen erfolglos geblieben waren. Schon nach der ersten Injection war eine Besserung zu verzeichnen und jetzt ist ein sehr gutes Resultat vorhanden. Die Injectionen wurden zweimal wöchentlich gemacht und verursachten etwas Schmerzen.

Kelson fragt, ob nicht der Methode Uebelstände anhaften.

Potter macht auf einen Artikel von Lambkins in British Medical Journal aufmerksam, in dem ausgeführt wird, dass die Calomelinjectionen zwar wirksam

aber schmerzhaft sind und zu localen Schwellungen Anlass geben können, während er bei 40000 Hg-Injectionen niemals irgendwelche ernstliche Complicationen gesehen hat.

Dundas Grant: Sondermans's Saugapparat.

Demonstration des Apparats und seine Anwendung.

Derselbe: Fall von Eiterung der Stirnhöhlen, mittelst intranasaler Methoden behandelt; Erweiterung des Infundibulums durch Bougies; nebst Skiagramm.

Der Fall betrifft einen 31jährigen Mann, bei dem die Beschwerden nachliessen, als Pat. lernte den Canalis naso-frontalis durch tägliche Bougierung offen zu halten.

Charters Symonds: Eiterung der Stirnhöhle nur durch Irrigation behandelt.

30jähriger Mann, der sich täglich die Stirnhöhle ausspülte und der sich nach 6 Monaten selbst für geheilt hält. Man sieht jedoch im mittleren Nasengang noch Eiter, doch fehlen alle subjectiven Symptome.

Waggett: Erfolg oder Misserfolg dieser Methode scheint von der Grösse und Gestalt der Höhle abzuhängen. Er hat viele Fälle so behandelt. Die Symptome liessen zwar nach, eine wirkliche Heilung hat er jedoch mit 2 oder 3 Ausnahmen nicht gesehen.

Herbert Tilley: Heilung wird durch Ausspülung nicht erzielt, wenn, wie es oft der Fall ist, vereiterte Siebbeinzellen zwischen Stirnhöhle und Orbita existiren. Die Beseitigung dieser ist bei der Operation von höchster Wichtigkeit.

Chichele Nourse hat mehrere Jahre lang seine Fälle mittelst Ausspülungen mit verschiedenen Flüssigkeiten behandelt, aber niemals einen Fall auf diese Weise zur Heilung gebracht. Auch die Einlegung einer Tube in den Nasofrontalcanal hat keinen Zweck.

Scanes Spicer meint, dass sehr häufig Besserung durch Fortnahme der vorderen Siebbeinzellen erzielt werden kann. Wo eine wirksame Drainage der Höhle auf andere Weise nicht erzielt werden kann, muss die Radicaloperation empfohlen werden.

Brunett führt aus, dass es leichter ist, eine erkrankte Höhle zu bougieren, als eine gesunde.

Furniss Potter: Fixirung des rechten Cricoarytaenoidgelenkes in Folge Infiltration, wahrscheinlich maligne Erkrankung.

An der Discussion über die Diagnose nehmen Theil: Sir Felix Semon, Grant, Waggett und der Vorsitzende.

Scanes Spicer: Fall von Neubildung im Kehlkopfinnern bei einem 73jährigen Manne. Vorgestellt in der Juni-Sitzung 1905.

Die Oberfläche der vorderen Hälfte beider Stimmlippen war bedeckt von rauhen, gelblich-weissen (ulcerirten?) Hervorragungen. Es bestand keine Unbe-

weglichkeit, Schmerzen, Husten, Dyspnoe, Blutung, Kachexie oder Drüsenschwellung. Ein zur Untersuchung entferntes Stück wird als Papillom gedeutet.

Sir Felix Semon denkt an eine Mycosis.

Pegler meint, dass die weisse Farbe bedingt sei durch den Charakter und die Dicke der Schicht von Hornzellen, die wie die Spitzen einer papillomatösen Geschwulst aussehen.

Der Vorsitzende hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo die Affection von dem einen Stimmband ohne Operation verschwand.

Grant erinnert an einen ähnlichen Fall, der in Krieg's Atlas beschrieben ist als Beispiel einer Pachydermie oder Keratose.

Kelson: Gestielte Geschwulst der Uvula.

Es handelt sich um ein Papillom.

Stuart Low: Fall von Epitheliom des Nasenrachens nebst mikroskopischem Präparat.

Pat. ist ein 44jähriger Mann, der sehr viel in Staub zu thun hat. Die Erkrankung begann mit Schwerhörigkeit und Gesichtsabnahme. Man fand einen grossen von der Hinterwand des Nasenrachens ausgehenden Tumor.

Wyatt Wingrave hat den Fall mikroskopisch untersucht und gefunden, dass der Tumor hauptsächlich aus epitheloiden Zellen besteht, die vom Endo- oder Perithel herstammen.

Der Vorsitzende berichtet über zwei ähnliche inoperable Fälle.

Dundas Grant: Fall von Injection kalten Paraffins wegen Nasendeformität.

24jähriger Mann mit Depression des Nasenrückens. Ein vor 2 Jahren durch Paraffin erzieltes günstiges Resultat ist dadurch zu schanden geworden, dass Pat. sich einer sehr hohen Temperatur aussetzte, indem er als Heizer an Bord eines Schiffes arbeitete. Jetzt ist durch Injection kalten Paraffins mit Melin's Instrument ein gutes Resultat erzielt worden.

Sir Felix Semon verliest einen Auszug aus einem Aufsatz von Kirschner (Berlin), der ausführt, dass Paraffin nicht zu den Substanzen gehört, die im Körper einheilen, sondern dass es entweder resorbirt wird oder locale Störungen veranlasst, die eine vorzeitige Entfernung erforderlich machen.

Donelan hat Gelegenheit gehabt, ein Stück injicirten Paraffins zu entfernen, das nach der Wange zu gegangen war. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das Paraffin in feinkörnigem Zustande diffus im Bindegewebe vertheilt war.

Scanes Spicer erinnert an einen Fall aus dem Jahre 1902, in dem das Paraffin in die Augenlider übergetreten war. Excidirte Stücke zeigten, dass das Paraffin in einer kugligen molecularen Form im Gewebe enthalten war.

Sir Felix Semon meint, das kalte Wachs sei so eindrückbar, dass es schon durch den Druck der Kissen verdrängt werden kann.

E. B. Waggett.



d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Juni 1906.

Gutzmann demonstirt den von Krüger und Wirth construirten Kehltonschreiber, der in ausgezeichneter Weise jede Vibration, die im Bereiche des sprechenden Kehlkopfes erfolgt, wiedergiebt; er bestimmt sohr exact die Tonhöhe, stellt graphisch die verschiedenen Formen der Stimmeinsätze dar u. s. w.

E. Meyer demonstrirt 1. das Präparat eines durch ein Trauma narbig verengten Kehlkopfes, dessen Ringknorpelplatte vollkommen verloren gegangen ist; 2. einen Fischkopf, den ein Patient in die Bronchien aspirirt hatte und bei den Vorbereitungen zur Bronchoskopie aushustete.

A. Rosenberg zeigt das mikroskopische Präparat des in der vorigen Sitzung demonstrirten Nasensarkoms; es findet sich reichliches braunes Pigment in demselben.

P. Heymann zeigt einen ungewöhnlich grossen vollständigen Ausguss der Nase bei Rhinitis fibrinosa; in den Membranen fanden sich keine Diphtheriebacillen, sondern nur Staphylokokken und in einer derselben eine das ganze Präparat durchsetzende Soorwuchernng.

E. Meyer: In frischen Fällen von Rhinitis fibrinosa finden sich immer Diphtheriebacillen, in älteren werden sie oft durch andere Mikroorganismen überwuchert.

Mnsehold demonstrirt sein neues verbessertes Stroboskop; dasselbe hat gegen die früheren den Vorzug, dass hier nicht wie früher die Lichtunterbrechung am Ende der Lichtbahn stattfindet, sondern die Lichtquelle selbst unterbrochen wird. Auf demselbən verstellbaren Stativ befindet sich die elektrische Lampe und dicht davor die stroboskopische Scheibe, sowie vor der letzteren noch eine das Licht zusammenhaltende Linse. Man kann den Apparat mit dem Stirnspiegel benutzen und sich dem zu Untersuchenden beliebig nähern.

Bochner demonstrirt eine Patientin mit Lupus laryngis, die er mit dem Galvanokauter zu behandeln gedenkt.

E. Meyer hat in letzter Zeit günstige Resultate erzielt durch auf autoskopischem Wege in den Kehlkopf geleitete Röntgenstrahlen.

Senator empfiehlt einen Versuch mit der von Holländer angegebenen combinirten Calamel- und Jodkalitherapie.

Scheier hat mit dieser Methode in 2 Fällen von Larynxtuberculose gute Erfolge zu verzeichnen gehabt.

A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress Wien 1908.

(Türck-Czermak-Gedenkfeier.)

1. Zahl der Einladungen 1407
2. Zusagen:

Aus Deutschland	60
„ England	24
„ Frankreich	7
„ Belgien	8
„ Russland	3
„ Italien	5
„ Amerika , ...	11
Diverse	27

Zusammen 145 Zusagen.

3. Delegirte ärztlicher Gesellschaften:

Sir Felix Semon	Laryngological Society of London.
Geh. Rath Moritz Schmidt . .	Deutsche Laryngologische Gesellschaft.
Dr. Stucky	The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology.
Prof. Grazzi	Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.
„ Loeb	St. Louis University.
„ Bayer, „ Capart, „ Eeman, „ Schiffers	Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.
„ Zwaardemaker	Neederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging.
„ v. Sokolowski	Warschauer laryngologische Gesellschaft.
„ Navratil	Rhino-laryngol. Section des kgl. ungar. Aerztevereins Budapest.
„ Heymann	Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.
„ Barth	Sächsisch-Thüring. Ohren- und Kehlkopfärzte Leipzig.
Dr. Newcomb	American Laryngological Association New York.
Prof. Neumayer	Laryngo-Otol. Gesellschaft München.

4. Referate und Referenten:

Sir Felix Semon (London) . .	„Die allgemeine Behandlung localer Leiden der oberen Luftwege".
Prof. Spiess (Frankfurt a. M.) . .	Correferat.
B. Fränkel (Berlin)	„Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein medicinischen Standpunkt. Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten".
Dr. Lermoyez (Paris)	Correferat.
Dr. Gleitsmann (New-York) . .	„Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege".
Dr. Heryng (Warschau)	Correferat.
Prof. Burger (Amsterdam) . . .	„Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie".
Prof. Gradenigo (Turin)	Correferat.

Prof. Jurasz (Heidelberg) . . . „Internationale Laryngo - Rhinologen - Congresse“.
Prof. Onodi (Budapest) . . . . „Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges“.
Prof. Kuhnt (Königsberg) . . . . Correferat.

Der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress wird unter dem Ehrenpräsidium des Herrn Hofraths Prof. v. Schrötter in Wien 1908 stattfinden.

Geschäftsordnung.

Artikel 1. Der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien findet vom 21. bis 25. April 1908 statt und wird aus Anlass des 50jährigen Jubiläums der laryngologischen-rhinologischen Wissenschaft mit einer Türck-Czermak-Feier verbunden sein.

Artikel 2. Am Congress sollen ausschliesslich wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen abgehalten werden. Gleichzeitig wird eine Ausstellung von Instrumenten, Präparaten etc. stattfinden.

Artikel 3. Die Vorträge sind bis spätestens 31. December 1907 beim Secretär des Congresses anzumelden.

Artikel 4. Die Vorträge werden in der Reihenfolge der Anmeldung auf das Programm gesetzt. Die nach dem 31. December 1907 angemeldeten Vorträge können erst nach Absolvirung des bereits festgestellten Programms an die Reihe kommen.

Artikel 5. Die Vorträge können in deutscher, englischer und französischer Sprache gehalten werden.

Artikel 6. Für jeden Vortrag sind höchstens 20 Minuten eingeräumt. Bei der Discussion können die Redner nur 5 Minuten für sich in Anspruch nehmen und zu einem und demselben Vortrag nicht öfter als einmal das Wort ergreifen.

Artikel 7. Von jedem Referat wie auch von jedem Vortrage ist bis längstens 31. December 1907 ein kurzes Resumé in einer der vorgenannten drei Sprachen an den Secretär des Congresses einzusenden.

Artikel 8. Die Mitgliedstaxe beträgt 25 Kr. = 20 M. und ist beim Trésorier des Congresses, Herrn Dr. Gottfried Scheff, Wien, I. Hoher Markt 4, oder bei den Delegirten der einzelnen laryngo-rhinologischen Gesellschaften zu entrichten. Erst auf Grund dieser Bezahlung kann die Mitgliedskarte bezogen werden.

Artikel 9. Zur Erinnerung an die Türck-Czermak-Feier wird an die Mitglieder des Congresses eine mit dem Bildniss der beiden Forscher geschmückte Medaille vertheilt werden. Es ist dafür Sorge getragen, dass auch für Nichtmitglieder diese Medaille zum Preise von 20 Kr. erhältlich ist.

Artikel 10. Jedes Mitglied hat das Recht auf die gedruckten Sitzungsberichte.

Secretär:
Prof. M. Grossmann m. p.
IX, Garnisongasse 10,
Wien.

Präsident:
Prof. O. Chiari m. p.
I, Belariastrasse 12,
Wien.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXII. Berlin, December. 1906. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) . . . **Manuel Garcia.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngoskopie. Bd. XVII. S. 1. 1905.*

Der Herausgeber des Archivs für Laryngologie giebt einen kurzen Bericht über die Feier des 100. Geburtstages des genialen Erfinders des Laryngoskops und schliesst daran einige interessante Ausführungen über die Geschichte dieser Erfindung. Das vorzüglich ausgeführte Bild des Meisters, das dieser „seinen Freunden den Laryngologen" gewidmet hat, schmückt den Band.

F. KLEMPERER.

2) **E. L. Shurly. Die Kunst der Laryngoskopie. (The art of Laryngoscopy.)** *Detroit Medical Journal. Juli 1906.*

In dem Artikel wird die Bedeutung der Laryngoskopie für die allgemeine Medicin gewürdigt.

EMIL MAYER.

3) **A. Ducceschi. Athmungscentrum und Schluckcentrum.** *Centralbl. f. Physiol. Bd. 29. No. 24. S. 889.*

Bei Hunden, denen man die Luftröhre mit einer Klemme verschliesst, tritt bei jedem Athmungsversuch eine Zusammenziehung der Speiseröhre ein; dieselbe ist nur selten von jenem Complex von Zungen- und Larynxbewegungen begleitet, welche einem vollständigen Schluckact entsprechen, sie setzt aber im Pharynx ein und dehnt sich bis auf die Bruststrecke des Oesophagus aus. Dieselben Vorgänge beobachtet man, wenn das Thier in Dyspnoe versetzt wird, z. B. bei Verblutung, Oeffnung des Thorax, beiderseitiger Durchschneidung des Vagus am Unterende des Halses. Die beobachteten Contractionen des Oesophagus finden ihre Erklärung in der Annahme, dass es sich bei ihrem Zustandekommen um eine Ausbreitung des Reizes von dem Athem- auf das Schluckcentrum handelt. Würde man annehmen, dass diese Reizausbreitung sich auch beim asphyctischen Menschen einstellt, so würden dadurch die Thatsachen erklärt, dass der Magen Ertrunkener oft mit Wasser gefüllt ist und dass der Fötus im Zustande der Erstickung die bekannten, sich wiederholenden Schluckbewegungen ausführt.

J. KATZENSTEIN.



4) **K. G. Ploman. Ueber künstliche Athmung beim Menschen.** *Skandin. Arch. f. Physiol. Bd. XVIII. 1, 2. p. 57.*

Die einseitig exspiratorischen Methoden, z. B. Howard's, Schäfer's stehen hinter den sogen. ambigenen, welche sowohl in- wie exspiratorischen Bewegungen bestehen, zurück. Eine Art von Mittelstellung zwischen diesen beiden nimmt die Hall'sche Rollmethode ein, indem beim Rollen zur Seitenlage infolge der Aufrichtung des Rückgrats die Respiration etwas grösser zu sein scheint, als die nur durch die Elasticität des Brustkorbes erhaltene. Die Methoden von Djelitzin-Silvester, dem Verf. und Schüller erfüllen am Besten die Forderungen, welche an eine künstliche Athmungsmethode gestellt werden müssen.

J. KATZENSTEIN.

5) **Ross Allen Harris. Mundathmung in Bezug auf die Hygiene des Geistes und Gemüthes. (Mouth breathing in relation to mental and moral hygiene.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Da unter zehn Schulkindern in den grossen Städten immer eins Mundathmer ist und von fünf immer eins vergrösserte Cervicaldrüsen hat, so schlägt Verf. vor: Monatliche Inspection aller Schulen und Institute für Kinder durch competente Aerzte; Schulinstruction in Bezug auf Ursache und Folgen der Mundatmung nebst Stunden über Hygiene des Mundes und der Nase. Frühzeitige Operation, wenn die Ursache der Mundathmung entdeckt ist.

EMIL MAYER.

6) **Lewin S. Somers. Die Wirkung des Tabaks auf Nase, Hals und Ohr. (The effect of tabacco on the nose, throat and ear.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juli 1906.*

Bei specifischen Affectionen, wie Syphilis und Tuberculose, wirkt Rauchen stets schädlich und sollte deshalb verboten werden.

EMIL MAYER.

7) **C. L. M. Shedell** (Melbourne.) **Die Wirkung des Alkohols auf Hals und Stimme. (The effect of alcohol on the throat and voice.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Juni 1906.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Wirkung des Alkohols in Hinsicht auf Hals und Stimme mehr durch den Einfluss auf den Gesammtorganismus, als durch eine locale Reizung bewirkt wird. In Bezug auf diese Wirkung besteht eine ausgesprochene persönliche Idiosynkrasie bei manchen Personen, während andere, die sehr starke Trinker sind, gar keine unangenehmen Wirkungen auf ihre Halsorgane bemerken. Verf. meint, dass eine häufige Ursache der Pharyngitis abnorme Gährungsvorgänge im Magen, verursacht durch Alkohol, Gingerale etc. sind.

A. J. BRADY.

8) **A. Jurasz** (Heidelberg). **Casuistische Beiträge zu seltenen und bemerkenswerthen Erkrankungen der oberen Athmungsorgane.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 325.*

1. Ein überzähliger Zahn in der Nasenhöhle. 2. Ein Fall von Tonsilla pendula pharyngea. 3. Ein Fall von genuiner Pharyngitis fibrinosa (pseudomembranacea, crouposa, diphtherica). (Diphtheriebacillen wurden nahezu in Reincultur ge-

unden; die Pat. war fieberlos, in ihrem Allgemeinbefinden kaum gestört. Das Besondere war, dass der ganze Process sich ausschliesslich auf den Nasenrachenraum beschränkte, sich streng an die Grenzen desselben hielt und auf Nase und Rachen nicht überging). 4. Ein Fall von Kehlkopfcyste der rechten Membrana quadrangularis. 5. Acute schwere Kehlkopfentzündung nach dem Einatmen von Bromdämpfen.

F. KLEMPERER.

9) **Vörner** (Leipzig). **Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut.** *Dermat. Zeitschr. Bd. XIII. H. 2. 1906.*

Nach den Untersuchungen von Vörner scheint mikroskopisch die Dellenbildung bei den Schleimhautknötchen des Lichen ruber planus gar nicht so selten zur Entwickelung zu kommen; makroskopisch ist sie offenbar ein nicht häufiger Befund.

SEIFERT.

10) **Herm. Streit** (Königsberg). **Histologisch-klinische Beiträge zum Sklerom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 407.*

11) **Gerber** (Königsberg). **Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz.** *Ebendaselbst. Bd. XVI. S. 550.*

Streit berichtet ausführlich über den Fortgang seiner Skleromforschungen und fasst die Resultate seiner histologisch-klinischen Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Mutterzelle der „hydropisch" degenerirten, für das Sklerom charakteristischen Zelle ist keine Zelleinheit, sondern es können morphologisch und genetisch vollkommen differente Zellgattungen, Bindegewebszellen, Epithelzellen, vielleicht auch andere Zellen denselben Degenerationsprocess durchmachen. 2. Die Sklerombacillen dringen nicht nur in den Protoplasmaleib, sondern bisweilen auch in den Kern der Epithelzellen ein. 3. Die Invasion der Bacillen findet beim Sklerom von der äusseren Epitheloberfläche statt, der Beginn der Erkrankung kann demnach im Epithel vor sich gehen. 4. Das Sklerom kann bisweilen unter einem von der gewöhnlichen Rhinitis chronica nicht zu unterscheidenden Krankheitsbilde auftreten. Dieses Krankheitsbild wäre als Rhinitis scleromatosa zu bezeichnen. 5. Es kommen klinisch anscheinend als reine Ozaenafälle auftretende Erkrankungen vor, bei denen man ein bisher nur für Sklerom als charakteristisch angesehenes Bild im Epithel vorfindet. 6. Ob das Sklerom primär im Larynx entstehen kann, erscheint zwar nicht unmöglich, doch sind bei Weitem die meisten der anscheinend hierfür sprechenden Publicationen nicht einwandsfrei. Jedenfalls ist der primäre Beginn der Erkrankung im Kehlkopf viel seltener, als es bisher den Anschein hatte.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung des Skleroms empfiehlt Streit: Aufnahme des Skleroms unter die anzeigepflichtigen Krankheiten und dauernde Ueberwachung der beiden deutschen Infectionsherde in Oberschlesien und Masuren.

Wie schwierig und unsicher die Diagnose des Skleroms noch ist, geht aus der Bemerkung Gerber's zu Streit's Aufsatz hervor. Streit äussert in seiner Arbeit Bedenken gegen die Diagnose eines von G. kürzlich als Skleromfall publicirten Falles, einmal wegen des negativen Ausfalls der histologischen Unter-

suchung, zweitens weil der Fall aus einer skleromfreien Gegend stammt. Gerber erwidert: dass es eben klinisch sichere Fälle von Sklerom giebt, bei denen die histologische Untersuchung versagt; zweitens, dass eine Gegend nur so lange skleromfrei sei, bis ein Skleromfall dort constatirt ist. F. KLEMPERER.

12) **Sir Felix Semon. Eine Vorlesung über einige ungewöhnliche Erscheinungen der Syphilis in den oberen Luftwegen. (A lecture on some unusual manifestations of syphilis in the upper air passages.)** *Annals of Otology. Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Eine Reproduction des Artikels, der am 13. Januar 1906 im British Medical Journal erschien. EMIL MAYER.

13) **Emil Mayer. Die Erkennung von Affectionen der oberen Luftwege bei Schulkindern. (The recognition of affections of the upper air passages in school children.)** *California State Journal of Medicine. Juli 1906.*

Eine Ansprache an die Schulärzte der Stadt New-York, die dem Laryngologen nichts Neues sagt. EMIL MAYER.

14) **Meyer** (Berlin). **Erfahrungen mit den directen Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Empfehlung der Autoskopie für endolaryngeale Operationen bei Kindern. Erwähnung zweier Fälle von Membranbildung: I. 8 Monate altes Kind. Erstickungsanfälle. Spaltung der Membran im Röhrenspatel. II. 5jähriger Junge. Autoskopisch gespaltene Membran wieder verwachsen, so dass Laryngofissur mit Excision der Narbe nöthig wurde. Heilung.

Bei der Tracheoskopie konnte Narkose meist entbehrt werden, bei der Bronchoskopie ist sie empfehlenswerth. Contraindication der Tracheoskopie: Aneurysma und erweichte maligne Tumoren. Bei Struma Tracheoskopie werthvoll: bei einer strumektomirten Patientin, bei der Athemnot fortbestand, konnte eine Achsendrehung und Compression der Trachea bewirkende Struma festgestellt werden.

Ferner konnten die Athembeschwerden einer Patientin mit derben Strumaknoten — inoperabel — und daraus resultirenden Compressionen der Trachea durch Dilatation mit dem tracheoskopischen Rohr selbst und dann mit einem besonders angefertigten Dilatationstubus zeitweilig gemildert werden.

Bronchoskopisch konnte Verf. einen Wattebausch aus einem Bronchus entfernen, durch untere Tracheoskopie und Bronchoskopie bei einem Knaben fibrinöse Beläge, die noch nach Tracheotomie Erstickungsanfälle hervorgerufen hatten.

Die lokale Therapie der Trachea und der Bronchien ist mit diesen directen Methoden in die Wege geleitet. ALBANUS (ZARNIKO).

15) **Arth. Alexander** (Berlin). **Neue Instrumente.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 338.*

Beschreibung und Abbildung einer 1. Doppelkürette für die Epiglottis und die Zungentonsille; 2. Modification der Fränkel'schen Kehlkopfzange; 3. Pharynxlupe (Louis und H. Loewenstein). F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Oscar Sund. Die Entwickelung des Geruchsorgans bei Spinax niger.** *Zool. Jahrb. Abth. f. Anat. u. Ont. d. Thiere. Bd. 22. H. 1. S. 157.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

17) **G. Perna. Die Nasenbeine.** *Arch. f. An. (u. Physiol.). H. 2, 3. S. 118. 1906.*

Das Nasenbein des Menschen entwickelt sich mit zwei Ossificationspunkten, wovon der eine dem lateralen Theile (ursprünglichem äusseren Nasenfortsatze), der andere dem medialen Teile (ursprünglichem inneren Nasenfortsatze) entspricht. Der erste der beiden Ossificationskerne entwickelt sich am Ende des 2. Monats in dem die knorpelige Nasenkapsel umgebenden Bindegewebe, der zweite, weniger entwickelte, nach dem 4. Monate im obersten Theile der Nasenrückenknorpel; letzterer wird dorsal von den Knochenbälkchen des ersteren bedeckt. Der Naseneinschnitt (Incisura nasalis) hat eine mit der Scheidung der genannten Knochenkerne zusammenhängende morphologische Bedeutung. Die Fälle von Nähten des Nasenbeins sind durch die Art und Weise seiner Entwicklung erklärlich; die der Länge nach verlaufenden Nähte entstehen durch das Ausbleiben der Verschmelzung der von den beiden Ossificationspunkten ausgehenden Knochenkerne und stellen ein Verharren bei der embryonalen Anordnung vor; die queren Nähte können als von einem anormalen Verlaufe der Knochenbälkchen in der Ausstrahlung von den einzelnen Ossificationspunkten herrührend betrachtet werden. Die lateralen und orbitalen Fortsätze der Nasenbeine stellen einen Rest des ursprünglichen Verhältnisses zwischen dem seitlichen Theile der Nasenbeine und dem lacrymalen Theile der Proc. frontales maxillae dar. J. KATZENSTEIN.

18) **Emil Glas** (Wien). **Ueber intraepitheliale Drüsen, Cysten und Leukocytenhäufchen der menschlichen Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 236.*

Verfasser fand in 12 von 120 untersuchten Objecten der Nasenschleimhaut (Muschelhypertrophien und Polypen) intraepitheliale Drüsen: primitive, im Epithel lagernde, die untersten Schichten nicht überschreitende Einzeldrüschen, deren schleimiges Secret durch ein cylindrisches oder flaschenförmig ausgebauchtes Lumen (intraepithelialer Drüsenausführungsgang) nach aussen entleert wird. Diese Drüsen sind pathologische Producte, man findet sie vorzüglich in den Fällen mit beträchtlicher Verschleimung der oberflächlichen Epithelzellen, bezw. Becherzellenbildung. — In zahlreichen Präparaten fand Verf. intraepitheliale Vacuolen, welche er zum Theil mit der Bildung und dem Zugrundegehen von Becherzellen in Zusammenhang bringt, zum Theil auf Auseinanderdrängen benachbarter Epithelzellen durch durchwandernde Leukocyten zurückführt. Nicht wenige dieser Vacuolen stellen Reste intraepithelialer Cysten dar, die Verf. zum grossen Theile als Retentionscysten intraepithelialer Drüsen auffasst, zum kleineren Theil auch durch Auseinanderdrängen der Basalantheile der langgestrecktenEpithelzellen in Folge Wanderung leukocytärer Elemente oder durch

Metaplasirung des Epithels erklärte. — In einigen wenigen Präparaten fand Verf. eiförmig gestaltete, aus lymphoiden Zellen bestehende, scharf abgegrenzte intraepitheliale Leukocytenhäufchen, welche er sowohl auf Anhäufung der Wanderzellen in Hohlräumen (Vacuolen, intraepithelialen Cysten), als auf intercelluläre Weitungen durch durchwandernde lymphoide Elemente zurückführt.

F. KLEMPERER.

19) **S. J. Kopetzky** (New-York). **Ueber das Verkommen von elastischen Fasern in der hypertrophischen unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 388.*

K. hat auf der Lucae'schen Ohrenklinik in Berlin 20 Fälle von Hypertrophie der unteren Nasenmuschel und zwar diffuser und circumscripter, papillärer und glatter Hypertrophie untersucht und festgestellt: dass die elastischen Fasern in der Tunica propria der normalen Schleimhaut beinahe vollständig fehlten; dass sie in diffusen und glatten Hypertrophien nur spärlich sich finden, dagegen bei Uebergang von der diffusen Hypertrophie zur papillären sich allmälig vermehren, bis sie endlich bei distinkter papillärer Hypertrophie eine feste Stellung erhalten haben und eine Schicht bilden. Danach glaubt er annehmen zu können, „dass die Vermehrung der elastischen Fasern in der oberen Lage der Tunica propria einen der ätiologischen Factoren in der Hervorbringung der papillären Hypertrophie der unteren Muschel bildet.“

F. KLEMPERER.

20) **Johann Fein** (Wien). **Die Bedeutung der unteren Muschel für die Luftdurchgängigkeit der Nase in klinischer Beziehung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 1. 1906.*

Unter eingehender Würdigung der ausgedehnten Literatur über den Weg des Luftstromes in der Nase und die Bedeutung einzelner Athemhindernisse im Gebiete des unteren und mittleren Nasenganges berichtet Fein über seine Versuche und Resultate bezüglich der unteren Muschel und die daraus zu ziehenden therapeutischen Schlussfolgerungen. Da die Arbeit sich zu kurzem Referat nicht eignet, muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

21) **Clyne** und **Cavalié. Ueber den erectilen Apparat des hinteren Endes der unteren Muschel. (Sur l'appareil érectile de la queue du cornet inférieur chez l'homme.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. No. 50. December 1905.*

Aus den histologischen Untersuchungen des Verf. geht hervor, dass das hintere Ende der unteren Muschel drei von einander getrennte Zonen hat: 1. Eine Epithelschicht mit einigen eignen Gefässen; 2. eine Gefässschicht; 3. eine musculo-vasculäre Schicht, die sehr reich ist an dickwandigen Gefässen.

E. J. MOURE.

22) **Sagebiel** (Stettin). **Demonstration einer durch Polypen stark aufgetriebenen Knochenblase der mittleren Muschel.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Der Tumor, 4 : 5 : 3 cm gross, füllte das Nasenlumen bis in den Vorhof der Nase aus und liess sich mit kalter Schlinge entfernen.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) Delahousse. **Doppelseitiger spontaner Abscess der Nasenscheidewand; doppelseitiger asymmetrischer haemorrhagischer Herpes zoster. (Abcès double spontané de la cloison nasale; zoster double asymétrique et hémorragique.)** *Arch. de méd. militaire. August 1905.*

18jähriger junger Mann mit Skrophulose, der häufig an Schnupfen leidet. December 1904 erkrankt er wieder an Schnupfen mit Fiebererscheinungen. Allmälig bildet sich eine Anschwellung in der Nase — nämlich ein doppelseitiger Septumabscess mit Perforation der Cartilago triangularis. Am linken Ohr zeigt sich gleichzeitig ein Herpes zoster mit Blasen, die mit blutig gefärbter Flüssigkeit gefüllt sind. Nach der Eröffnung des Abscesses schnelle Heilung. A. CARTAZ.

24) M. D. Lederman. **Traumatischer Abscess der Nasenscheidewand. Deformität durch subcutane Paraffininjection corrigirt. (Traumatic abscess of the cartilagineous nasal septum. Deformity corrected by the subcutaneous injection of paraffin.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

25) Charles W. Richardson. **Perforation des Septum. (Perforation of the septum naris.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906. EMIL MAYER.

26) Magnan. **Gutartiger Tumor der Nasenscheidewand. (Tumeur bénigne de la cloison des fosses nasales.)** *Annales médico chirurgicales du centre. No. 6. 22. April 1906.*

Es handelte sich um eine Mischgeschwulst: ein Myxo-Fibro-Sarkom, das dem hinteren Drittel der Scheidewand aufsass; es wurde in drei Sitzungen entfernt. Heilung trat erst nach Galvanokaustik der Insertionsstelle ein. BRINDEL.

27) Wilhelm Roth (Wien). **Ueber einen Fall von blutendem Septumtumor.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 525.*

Der Tumor, von 4 cm Länge, 3 cm Höhe, 8—12 mm Dicke, erfüllte die linke untere Nase fast vollständig. Sein Hauptsymptom war neben Nasenbluten ein hartnäckiger Husten, der auch durch Berührung der Geschwulst ausgelöst wurde, nach Cocainisirung sofort aufhörte. Abtragung mit der kalten Schlinge (sehr geringfügige Blutung) und Aetzung der Ansatzstelle mit Chromsäure beseitigen den Husten. Der histologischen Untersuchung nach, deren Befund Verf. eingehend mittheilt, stellt sich die Geschwulst als Angiosarkom dar; Verf. betont, dass mit diesem Namen bezüglich der klinischen Benignität oder Malignität nichts präjudicirt werden soll. F. KLEMPERER.

28) Suckstorff (Hannover). **Zur Geschichte der submucösen Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 355.*

29) K. Zarniko (Hamburg). **Erwiderung auf die letzten Bemerkungen Hajek's über die Fensterresection der Deviatio septi.** *Ebendas. S. 549.*

Suckstorff stellt auf Veranlassung Killian's zusammen, was sich in der Literatur über die Vorgeschichte und Weiterentwicklung der von Killian im

Jahre 1898 zuerst im Anschluss an das Hartmann-Petersen'sche Verfahren geübten submucösen Septumresection findet. — Zarniko betont Killian's Priorität gegenüber Hajek und Menzel, deren Operationen in allen wesentlichen Punkten mit dem bereits 4 Jahre vorher bekannt gegebenen Verfahren Killian's übereinstimmen.

F. KLEMPERER.

30) **Gustav Killian** (Freiburg i. B.). **Die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 362.*

K. giebt eine genaue Schilderung seines Verfahrens mit Abbildung der Instrumente, Besprechung der Operationsvorbereitung, aller Details der Operation selbst, der Wundversorgung, Nachbehandlung etc. Die Einzelheiten können hier natürlich nicht wiedergegeben werden, jeder Rhinochirurg wird die Arbeit selbst durchstudiren müssen.

Als das Wesentliche seiner Technik hebt K. hervor, dass er sich zwischen beiden Schleimhautblättern des Septums mittels seiner langen Spekula einen medialen Raum schafft, in dem er wie innerhalb einer Nasenhöhle bequem operirt. Er rühmt die Leistungsfähigkeit und Exaktheit der Operation, die im Durchschnitt 20 Minuten Zeit beansprucht und schliesst: „Ich habe an keinem anderen kleineren rhinologischen Eingriff mehr Freude erlebt, als an der geschilderten Septumoperation, und kann sie nur auf das Wärmste empfehlen.“

F. KLEMPERER.

31) **Freer** (Chicago). **Die Fensterresection der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. 1905.*

Verf. schildert detaillirt das von ihm geübte Verfahren der Fensterresection. Die Einzelheiten entziehen sich der Darstellung in einem kurzen Referate. Eigenthümlich berührt die Unmenge von Instrumenten (Löffeln, Raspatorien, Messern und dergl.), die Verf. zu seiner Operation nöthig hat. (Ref. braucht kaum jemals mehr als vier — 1 Messer [oder Galvanokauter], 1 Raspatorium, 1 Hohlmeissel, 1 Knochenzange — zur Entfernung der allerausgedehntesten und complicirtesten Verbiegungen.)

ZARNIKO.

32) **Lee. M. Hurd. Eine submucöse Resection bei Deviation des Nasenseptums nebst Beschreibung einiger neuer Instrumente. (A submucous resection operation for deviation of the nasal septum; with the description of several new instruments.)** *N. Y. Medical News. 25. November 1905.*

Verf. beschreibt sein Operationsverfahren, ferner ein Elevatorium, Nasenspeculum und schneidende Zange. Der Schnitt richtet sich nach der Art der Deviation, er soll durch Schleimhaut und Perichondrium hindurchgehen und sogar ein bischen in den Knorpel hinein. Jedenfalls muss man sicher sein, dass das Perichondrium in der ganzen Länge der Incision durchtrennt ist. Dann wird mit dem Elevatorium das Perichondrium in der ganzen Ausdehnung der Convexität abgehebelt. Nachdem die Cartilago quadrangularis durchbrochen ist, wird die deviirte Portion des Knorpels entfernt. Die beiden Septumschleimhäute werden dann aneinandergelegt. Die Höhle wird mit Wasserstoffsuperoxyd und mit einer Nasendouche von physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Es werden dann Tampons, die mit einer kleine Mengen Formalin enthaltenden Flüssigkeit getränkt

sind, eingelegt, die das Septum in seiner Lage halten und einer Blutung vorbeugen. Diese wurden am nächsten Tage entfernt und es wird dann eine Salbe gebraucht, die Salicylsäure, Menthol, Lanolin und Vaselin enthält, um der Tendenz der Membran zu Trockenheit und Krustenbildung vorzubeugen. LEFFERTS.

33) **Greenfield Sluder. Eine Operation zur Geraderichtung des Nasenseptums. (An operation for straightening the nasal septum.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Bei gewöhnlichen Deviationen werden drei Schnitte längs der Convexität durch die ganze Dicke des Septum gemacht, die sich über die ganze Länge der Deformität oder womöglich noch etwas weiter erstrecken. Diese Schnitte können mit einem Messer oder einer Asch'schen Scheere gemacht werden. Das Septum wird dann in Streifen getheilt, die mit dem Finger angeordnet werden; es wird ein Asch'scher Tampon eingeführt und 7 Tage liegen gelassen.

Bei den Z-förmigen Deformitäten werden vier Schnitte angelegt. Die Operation kann unter Cocain- oder Allgemein-Anästhesie gemacht werden; in den 24 Fällen (19 darunter betrafen Kinder) war keine Perforation gemacht.

EMIL MAYER.

34) **Robert Levy. Indicationen zur submucösen Resection des Nasenseptums. (Submucous resection of the septum.)** *Pennsylvania Medical Journal. März 1906.*

Bei der Bestimmung der Operation muss auch die Wirkung auf den Patienten in Betracht gezogen werden. Ceteris paribus soll die Operation gewählt werden, die am einfachsten ist; je kürzer die Operation, desto geringer der Shock und die Unbequemlichkeit für den Patienten. Bei geringen Deviationen genügt die Entfernung eines kleinen Stückes der Muschel, während die Leisten mit der Säge entfernt werden. Syphilitische sollen niemals operirt werden, bevor man nicht sicher ist, dass keine destructiven Vorgänge folgen werden. In jedem Fall soll man nicht wegen einer blossen anatomischen Abnormität operiren, sondern nur dann, wenn wirkliche functionelle Störungen vorhanden sind. EMIL MAYER.

35) **Sidney Yankauer. Die Technik der submcuösen Septumresection. (The technic of the submucous resection of the septum.)** *The Laryngoscope. April 1906.*

Verf. bespricht die Anatomie des deviirten Septums und beschreibt die Instrumente und Technik seiner Operation. Jede Deviation hat einen Gipfel und eine vordere, hintere, obere und untere Abdachung. Besonders ausführlich werden die knöchernen Leisten, die sägeförmige Auszackung des Knochens an ihren Kanten, das dichte Lager von fibrösem Gewebe zwischen Knorpel und Knochen am Gipfel der Deviation beschrieben. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Deviationen hängen ab von den Variationen in der Neigung der vier Abdachungen der Verbiegung und aus dem Winkel, den diese gegen einander bilden. Verf. ergänzt seine anatomischen Schilderungen durch eine Originaltheorie über den Ursprung der Deviationen; diese Theorie wird kurz mitgetheilt.

Unter den Instrumenten sei ein vom Verf. angegebenes hakenförmiges Elevatorium erwähnt, das sich angeblich sehr bewährt hat.

Die Operationsmethode des Verf.'s unterscheidet sich von der Killian's nur durch die Incision. Diese verläuft vor der Deviation in gerader Richtung auf der convexen Seite. Das untere Ende der Incision wird dann nach aussen geführt längs der muco-cutanen Verbindung zwischen Nasenboden und Vestibulum bis zur halben Entfernung von der lateralen Nasenwand. Dies ermöglicht eine bessere Abtrennung der Schleimhaut und giebt ein grosses Operationsfeld. Für die Loslösung des Periosts vom Knochen giebt Verf. folgende Anweisungen: Zunächst gründliche Abschabung der fibrösen Gewebe von der Spitze der Crista, dann von unten nach oben ablösen entsprechend der Länge der vom Verf. angegebenen Incision, dann arbeiten von hinten nach vorn, schliesslich Anwendung des hakenförmigen Elevatoriums. Verf. hat 55 Fälle ohne Perforation so mit Erfolg behandelt.

EMIL MAYER.

36) **W. L. Ballenger. Submucöse Septumresection. (Submucous resection of the septum.)** *Pennsylvania Medical Journal. März 1906. The Laryngoscope. April 1906.*

B. stellt folgende Axiome auf: Niemals eine lange Operation zu machen, wo man mit einer kurzen auskommen kann. Man lasse sich bei der Loslösung des Mucoperichondriums Zeit, jede Hast kann zu einer Perforation führen. Man führe möglichst wenig Instrumente möglichst selten zwischen die Schleimhautblätter ein. Man „angle" nicht im Dunkeln, sondern entferne nichts, ohne es genau gesehen und gefühlt zu haben, sonst verletzt man die Schleimhaut. Ein spitzes Instrument in der Höhle ist ein gefährliches Ding, ein stumpfes ist sicherer. In 95 pCt. der Fälle lässt sich das Mucoperichondrium leicht und sicher mit einem stumpfen Elevatorium abheben. Der Nasenrücken bedarf einer Stütze, man lasse also für diesen Zweck reichlich Knorpel übrig.

EMIL MAYER.

37) **James F. Mc. Gaw. Die submucöse Septumresection mit Ballenger's Drehmesser. (The submucous resection of the nasal septum with Ballenger's swivel knife.)** *The Laryngoscope. April 1906.*

Die Operation wird am Besten im Hospital vorgenommen; der Patient soll sich die ersten 24 Stunden danach völlig ruhig verhalten. Die Nase soll mit 1 proz. Cocain- und Adrenalinlösung, 1 pro 5000, ausgesprayt werden. Dann werden Wattetampons, die mit 8 proc. Cocain und Adrenalin, 1 : 5000, gesättigt sind, eingeführt und bleiben 15 Minuten liegen. Vorausgehen lässt man eine interne Darreichung von $^1/_8$ g Morphin. Die Incision hängt von dem Fall ab. Die Resultate der Operation sind nach Ansicht des Verf.'s ideal; sie übertreffen alle anderen bei Septumdeviationen angerathenen Eingriffe.

EMIL MAYER.

38) **William Wesley Carter. Bericht über Fälle von submucöser Resection des Septums nebst Schlussfolgerungen. (Report of cases of submucous resection of the septum with conclusions drawn from same.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Der Bericht basirt auf 45 Fällen. Die einzigen in Anwendung kommenden Instrumente sind ausser den Wattetrågern ein schmales Scalpel, ein Elevatorium

und Zange und bisweilen ein Speculum. Verf. ist davon überzeugt, dass dem Septum eine sehr hervorragende Rolle bei der Entwickelung einer symmetrischen Nase zukommt; es sollte daher in den Jahren des Wachstums nichts entfernt werden.

EMIL MAYER.

39) **John Mc. Coy. Ein Beitrag zur Technik der submucösen Septumresection. (A contribution to the technique of the submucous septal operation.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Verf. hat verschiedene Instrumente für die Operation angegeben. Er bekennt sich als einen begeisterten Anhänger der submucösen Resection.

EMIL MAYER.

40) **William W. Carter. Instrumente zur submucösen Resection des Septums. (Instruments for submucous resection of septum.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Die hier beschriebenen Instrumente sind: ein scharfes Elevatorium, ein stumpfes Elevatorium, Curette, selbsthaltendes Nasenspeculum und schneidende Zange. Sie sind anderen längst im Gebrauch befindlichen Instrumenten auffallend ähnlich.

EMIL MAYER.

41) **L. M. H. Hurd. Elevatorium, Speculum und Zange zum Gebrauch bei submucöser Resection des Septums. (Elevator, speculum and forceps for use in the submucous resection of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

42) **Eschweiler** (Bonn). **Das histologische Verhalten des Paraffins zum lebenden Gewebe des Menschen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVII. S. 1. 1905.*

Verf. untersuchte ein schwartiges Gewebsstück, das er einer Patientin, der vor etwas über einem Jahre wegen Sattelnase eine ausgiebige Paraffininjection gemacht worden war, wegen Uebercorrection der unförmlich breit und plump gewordenen Nase von beiden Seiten des Nasenrückens in der Dicke von $^1/_2$ cm abtrug. Aus dem Resultat seiner Untersuchung folgert er, dass „das Schicksal des injicirten Paraffins völlige Aufsaugung und Ersatz durch Bindegewebe ist.“ Indem er die Bindegewebsbildung als das erwünschte Ziel der Behandlung betrachtet, empfiehlt er, statt einiger grosser viele kleine Paraffindepots anzulegen, durch welche „der definitive Ersatz des Paraffins durch Bindegewebe und damit der beste Erfolg am sichersten und raschesten erzeugt wird.“

F. KLEMPERER.

43) **J. Kirschner** (Berlin). **Paraffininjectionen in menschliche Gewebe.** *Virchow's Archiv. Bd. 182. S. 339. 1905.*

Verf. hatte Gelegenheit, verschiedene in menschliche Gewebe eingebettete und von Gewebe durchwachsene, geschwulstartig veränderte Paraffinstücke zu untersuchen; das Paraffin war aus therapeutischen Gründen an verschiedenen Stellen unterhalb der Körperdecke eingespritzt worden, hatte dort ver-

schieden lange — in einem Falle bis zu $2^{1}/_{2}$ Jahren — gelagert und musste nachträglich aus dringenden Gründen wieder entfernt werden. Es handelte sich sowohl um weiches, wie um hartes Paraffin. — Auf die Einzelheiten der mikroskopischen Befunde, die Verf. in seinen Präparaten erhebt, braucht hier nicht eingegangen zu werden; ihr wesentlicher Inhalt erhellt aus den folgenden Sätzen, mit denen Verf. seine Arbeit beschliesst:

„Welche Bedeutung die aus den vorliegenden histologischen Untersuchungen gewonnenen Resultate für die Therapie haben, ist leicht ersichtlich. Wir haben gesehen, dass beide heutzutage zur Verwendung gelangenden Paraffinarten, weder das weiche noch das harte Paraffin, zu den Fremdkörpern gehören, welche, subcutan dem Organismus beigebracht, „einheilen", d. h. einheilen in dem Sinne, dass sie eine Kapsel bilden, welche sie vom übrigen Gewebe abschliesst. Wir wollen daran denken, dass wir unter „Einheilen" verschiedene pathologische Vorgänge begreifen. Beim Catgutfaden, um ein beliebiges Beispiel herauszugreifen, verstehen wir unter Einheilen seine vollständige Resorption; vom Bleigeschoss hingegen erwarten wir, dass es einheilt, indem es sich mantelartig mit einer Bindegewebskapsel umgiebt, das eine Mal also bedeutet die Einheilung eine vollständige Aufsaugung und Assimilation des einzuheilenden Gegenstandes, das andere Mal seine vollständige Conservirung.

Welchen pathologischen Vorgang soll das eingespritzte Paraffin auslösen, damit es therapeutisch wirksam ist? Das eingespritzte Paraffin soll Deformitäten ausgleichen, Defecte ausfüllen, verloren gegangenes Gewebe gewissermassen ersetzen, eingesunkenes Gewebe stützen u. dgl. m. Diese Aufgabe könnte Paraffin dauernd nur dadurch erfüllen, dass es nach der Einspritzung an Ort und Stelle, unverändert an Ausdehnung und Consistenz, liegen bleibt, sich — wie irrthümlich auch angenommen — gegen die Umgebung abkapselt. Das Gegentheil ist, wie wir gesehen haben, der Fall. Wir können aber noch weiter gehen; es wäre wohl denkbar, dass die beginnende Organisation, also die bindegewebige Durchwachsung, welche unausbleiblich auf die Einspritzung folgt, als ein durchaus wünschenswerther Vorgang angesehen wird, der den therapeutischen Zweck fördert. Aber die bindegewebige Organisation macht, wie wir gesehen haben, nicht in irgend einem gegebenen Moment halt, sondern sie geht, ihren eigenen Gesetzen folgend, unaufhaltsam weiter, sie hat die vollständige Resorption des eingebrachten Fremdkörpers zur Folge. Wir haben ferner gesehen, dass beide Paraffinarten an manchen Körperstellen, an denen sie mit Vorliebe therapeutisch verwendet werden, überhaupt nicht einmal auf die Dauer vertragen werden, weil sie schwere örtliche Gewebsstörungen hervorrufen, welche zu ihrer vorzeitigen Entfernung Anlass geben. Aber auch wo dieser Ausgang nicht zutrifft, wo Paraffin ohne schädliche Einwirkung auf die Umgebung längere Zeit vertragen werden würde, muss eine kurze Ueberlegung und der Hinblick auf das Schicksal des bei der Organisation dieses Fremdkörpers sich entwickelnden jungen Bindegewebes, die unausbleibliche Umänderung des entzündlichen Gewebsproductes in schrumpfende Narbe deutlicher als alles andere zeigen, wie hinfällig die therapeutischen Voraussetzungen sind, die zur Verwendung des Paraffins geführt haben."

F. KLEMPERER.

44) **Lennhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1905.*

Verf. hat sich einen „Zugstreifentampon“ construirt zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums in der Weise, dass ein starker Seidenfaden am Ende eines Gazestreifens durch Knoten befestigt ist und von dem Ende des Streifens aus den ganzen Streifen, der harmonikaartig zusammengelegt ist, durchläuft. Die Tamponade wird so ausgeführt, dass das mit dem Faden geknotete Ende des Gazestreifens mit einer entsprechenden Zange an den Ort der Tamponade gebracht und der folgende Theil des Gazestreifens unter Benutzung des Seidenfadens als Leitschiene nachgestopft wird. Der zur Nase heraushängende Theil des Seidenfadens wird dann verankert. Die Lösung der Tamponade geschieht danach leicht und bequem in umgekehrter Reihenfolge. ALBANUS (ZARNIKO).

45) **Arthur Hofmann** (Freiburg i. Br.). **Ein dauerhafter Nasenspüler.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1905.*

Die Zerbrechlichkeit der gläsernen Nasenspüler veranlasste Autor, einen Nasenspüler aus Metall anfertigen zu lassen, bei dem nur das luftdicht in den Ansatz eingeschliffene Ausgussrohr aus Glas besteht. Letzteres kann behufs Schonung und Reinigung, ebenso wie der abschraubbare Deckel entfernt werden. Der Spüler ist in der Arbeit abgebildet. HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

46) **L. Réthi. Untersuchungen über die Drüsen des weichen Gaumens und das Secret derselben.** *Sitzungsber. d. k. Acad. d. Wissensch. Wien. Bd. 114. Jahrg. 1905. H. 8/9. Abth. 3. S. 749—759.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

47) **W. Sternberg. Irrthümliches und Thatsächliches aus der Physiologie des süssen Geschmackes.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinne. XXXVIII. 4. S. 259.*

Ehrlich hatte behauptet, dass während das Dulcin = p-Phenetolkarbamid süss schmecke, das genau homologe p-Anisolkarbamid geschmacklos sei; er zog daraus den Schluss, dass die Schmeckbarkeit überhaupt auf eine Function der Aethylgruppe zurückzuführen sei, der ein besonderer Connex mit dem Nervensystem zukomme. Nach den Untersuchungen Sternberg's ist das p-Anisolkarbamid dagegen stark süss schmeckend. J. KATZENSTEIN.

48) **L. Réthi. Untersuchungen über die secretorischen Vorgänge am weichen Gaumen.** *Wiener klin. Wochenschr. S. 1079. 1905.*

Bei den an Hunden, Katzen, Kaninchen, Affen angestellten Versuchen erhält man Secretion bei localer Reizung des weichen Gaumens durch den elektrischen Strom, bei Reizung des Halssympathicus vom obersten bis zum untersten Halsganglion, bei Reizung des Facialisstammes bei seinem Eintritt in den Meat. acust. int. Durchschneidung des Halsstranges und Reizung des Kopfendes ruft Röthung des Velums und Secretion auf der gereizten Seite hervor, die scharf in

der Mittellinie abschneidet. Bei Reizung des Facialisstammes beginnt die Secretion früher nach der Reizung, als bei Reizung des Sympathicus.

Die secretorischen Nerven des weichen Gaumens treten vom Halssympathicus in die Paukenhöhle ein, ziehen über das Promontorium und gelangen mit dem N. petros. prof. maj. und N. vidian. zum Gangl. sphenopal. Die im Facialisstamme enthaltenen secretorischen Fasern gehen mit dem N. petros. superfic. maj. zum N. vidian. und in diesem zum Gangl. sphenopal., von hier mit den Sympathicusfasern durch den N. palat. post. zum Gaumen. J. KATZENSTEIN.

49) **E. K. Malcomber. Ein interessanter Fall von congenitaler Missbildung der Mundhöhle. (An interesting case of congenital malformation of the mouth.)** *American Journal of Surgery. September 1906.*

Nach der Geburt des Kopfes bemerkte man eine aus dem Munde hervorragende Tumormasse; auch sah man einen unteren Schneidezahn. Als man nach Vollendung der Geburt das Kind einer gründlichen Untersuchung unterzog, sah man, dass der Tumor am Dach der Mundhöhle, gegenüber der Maxillarsutur angeheftet war. Er war mit Epidermis und Lanugo bedeckt und sein freies Ende ragte gerade über die Lippen hervor. Der Zahn war völlig ausgebildet wie bei einem 2 Jahre alten Kinde, nur war er frei beweglich, da kein ihn tragender Alveolarrand vorhanden war. Wenn man den Tumor lüftete und in die Mundhöhle hineinsah, gewahrte man zwei vollkommen ausgebildete Zungen, jede mit einer Raphe in der Mitte und einem besonderen Frenulum, aber nur mit einer Wurzel. Die inneren Ränder dieser Zungen lagen in der Mittellinie des Mundes übereinander. Von unten her entsprang an der Bifurcationsstelle dieser Zungen eine dritte rudimentäre Zunge, die sich zwischen den beiden anderen nach vorn erstreckte und deren distale Enden trennte, so dass es den Anschein hatte, als ob eine dreilappige Zunge vorläge. Die dritte Zunge hatte kein besonderes Frenulum und keine Raphe, zeigte aber ebenso wie die anderen auf ihrem Rücken Papillen.

Der Mund war so voll, dass es für das Kind schwierig war zu athmen oder Nahrung zu sich zu nehmen. Nach Entfernung des Zahnes wurde daher um den Tumor und die rudimentäre Zunge eine Ligatur gelegt und das Ganze dann auf einmal entfernt. Nun konnte eine gründlichere Untersuchung der Mundhöhle vorgenommen werden, und es stellte sich heraus, dass zwei weiche Gaumen und zwei Uvulae vorhanden waren. Jedes Velum erstreckte sich nach aufwärts von den Gaumenbögen zu der Medianlinie, wo sie durch ihre Vereinigung fast einen rechten Winkel bildeten. Eine Gaumenspalte bestand nicht. EMIL MAYER.

50) **Gaylord Worstell. Congenitale Pharynxfistel. (Pharyngeal fistula congenital.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Die äussere Oeffnung der Pharynxfistel erschien als ein runder Fleck von 4—5 mm im Durchmesser, der etwas erhaben und mehr pigmentirt war, als die Umgebung. Sie lag etwas nach unten und aussen vom Sternalende der Clavicula. Beim Schluckact wurde die Oeffnung nach innen und aufwärts gezogen. Bei Fingerdruck nach oben und unten über der Haut rechts von der Trachea floss der Eiter in den Pharynx resp. aus der äusseren Oeffnung. Laryngoskopische

Untersuchung zeigte, dass die innere Fistelöffnung sich auf der rechten Seite an der Zungenbasis befand. Der Gang erstreckte sich von hier vertical nach oben unter die Haut und Halsfascie. Er war so dick wie der kleine Finger, fühlte sich bei Druck fest an und konnte von dem darunter liegenden Gewebe leicht abgehoben werden. Es wurden zuerst Ausspülungen gemacht, dann Jodtinctur gebraucht, worauf Verschluss und Heilung eintrat.

EMIL MAYER.

51) **Paul Reclus. Folgezustände nach fehlerhaftem Durchbruch des Weisheitszahns. (Des accidents consécutifs à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.)** *Gazette des hôpitaux. No. 43. April 1906.*

Gelegentlich einer von ihm gemachten Beobachtung giebt Verf. einen Ueberblick über die beiden Arten von Zuständen (entzündliche und nervöse), die häufig den Durchbruch des Weisheitszahnes begleiten und erklärt ihre Pathogenese.

BRINDEL.

52) **G. W. Schorr. Ueber die angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches bei Kindern und ihre Entstehung.** (Aus dem Laboratorium des Elisabeth-Kinder-Krankenhauses in Petersburg.) *Ziegler's Beiträge z. pathol. Anatomie. XXXIX. 1. 1906.*

Sch. beschreibt zwei hierhergehörige Fälle; in dem ersten ragte zwischen den Lippen eine hellrothe, harte, glatte, birnförmige Geschwulst hervor, die vom Zahnfleischrande des Unterkiefers — dem späteren linken II. Schneidezahn entsprechend — entsprang. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein Gebilde bindegewebigen Charakters, das genau dem Entwickelungsstadium der embryonalen Zahnpulpa entspricht; es handelte sich also nicht um eine wahre Neubildung, sondern um eine Missbildung des Zahnes, hervorgerufen dadurch, dass die Mesodermpapille wegen einer Entwickelungshemmung des Schmelzorgans unbehindert zu wuchern anfing.

In dem zweiten Falle fand sich ein Tumor, der von dem Zahnfleisch des Oberkiefers — entsprechend dem Spalt zwischen den mittleren Schneidezähnen — entsprang; er erwies sich mikroskopisch als eine teratoide Geschwulst, welche wahrscheinlich eine Entwickelungsanomalie des Os intermaxillare zu ihrem Ausgangspunkt hatte.

Alle bis jetzt beschriebenen angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches bei Kindern sind ins Gebiet der Missbildungen zu setzen.

A. ROSENBERG.

53) **F. Smith. Frühzeitige Diagnose bei Carcinom der Lippe und Zunge. (Early diagnosis of cancer of lip and tongue.)** *Proceedings Philadelphia County Medical Society. Juni 1906.*

Verf. legt ein Hauptgewicht auf die submucöse Induration an der Basis des Geschwürs.

EMIL MAYER.

54) **Wm. S. Gottheil. Einige Affectionen an Lippen, Mund und Zunge. (Some affections of the lips, mouth and tongue.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Es werden beschrieben: Cellulitis der Lippe, diagnosticirt als Schanker; ödematöser Schanker und Gummi der Lippe.

EMIL MAYER.

55) **Notiz des Herausgebers. „Scrotal tongue" bei einer Reihe von Familienmitgliedern. („Scrotal tongue" in a family series.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Juni 1906.*

„Scrotalzunge" ist die unglückliche Bezeichnung für eine chronische Glossitis mit Fissuren, die gewöhnlich angeboren ist. Im vorliegenden Fall hat Patientin, eine 54jährige Frau, elf Kinder, von denen drei den besagten Zustand der Zunge aufwiesen. Pat. selbst hat die Glossitis mit Fissuren, so lange sie denken kann, wahrscheinlich seit der Geburt; sie entsinnt sich, dass auch ihre Mutter daran litt.

LEFFERTS.

56) **Frapenard. Beziehungen zwischen Leucoplakia buccalis und Syphilis. (Rapports de la leucoplasie buccale et de la syphilis.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Verf. hält die meisten Leukoplakien der Mundhöhle für syphilitischer Natur. Unter 126 Fällen fand er 89 mit eingestandener, 27 mit ignorirter Lues und 10, bei denen kein Zeichen gegenwärtiger oder überstandener Lues vorhanden war. Er empfiehlt Allgemeinbehandlung mit Hydrargyr. benzoat., local Gurgeln mit alkalischen Lösungen oder Touchiren mit Chromsäure.

A. CARTAZ.

57) **J. H. Halsted. Mischgeschwulst des weichen Gaumens. (Mixed tumor of the soft palate.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

58) **H. Mentot** (Lyon). **Secundäre Syphilis und Ulcerationen des Gaumengewölbes und der Mandeln mit Association von fusiformen Bacillen und Spirillen. (Syphilis secondaire et ulcérations de la voute palatine et des amygdales avec association fuso-spirillaire.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 2. Mai 1906.*

Es handelte sich um ulcero-membranöse syphilitische Erscheinungen mit Vorkommen von fusiformen Bacillen und Spirillen in den Geschwüren.

PAUL RAUGÉ.

59) **G. G. Davis. Acute septische Infection des inneren und äusseren Halses; Ludwig'sche Angina. (Acute septic infection of the throat and neck; Ludwig's angina.)** *Annals of Surgery. August 1906.*

Von den 12 Fällen, die Verf. selbst beobachtet hat, waren einige durch Streptokokken, andere durch Staphylokokken und einige durch Pneumokokken bedingt, während bei anderen eine Mischinfection mit einigen dieser Mikroorganismen vorliegt. Das klinische Bild kann in allen diesen Fällen das gleiche sein. Die Affection beginnt gewöhnlich in der Mund- oder Rachenhöhle, breitet sich aber meist nicht auf die Nasenhöhle aus. Die Eingangspforte für die Infection können die Tonsillen, die Submaxillardrüse, jeder Theil der Mund- oder Pharynxschleimhaut und sehr häufig die Zähne sein. Welches auch der Ausgangspunkt der Infection sein mag, stets erfolgt die Weiterverbreitung längs des Bindegewebes und nicht durch die Lymphgefässe. Die tieferen Fascien leisten ausgesprochenen Widerstand; daher kann die äussere Haut völlig normal erscheinen, jedoch die

charakteristische brettartige Härte zeigt leicht die Affection an. Eiter erscheint erst in dem letzten Stadium der Entzündung. Der Process kann sich nach unten zur Clavicula oder Sternum ausbreiten, oder nach innen zum Pharynx oder Larynx. Man findet eine Schwellung des Mundbodens, durch die die Zunge nach aufwärts gedrängt wird, oder Oedem des Larynx und der Epiglottis. Bisweilen sieht man, besonders in der Nachbarschaft der hinteren Zähne sinusiforme Oeffnungen, die stinkenden Eiter entleeren. Die Temperatursteigerung bewegt sich auch in schweren Fällen oft in geringen Grenzen. Die Diagnose kann oft Schwierigkeiten bereiten; von grosser Wichtigkeit ist die pathognomonische brettharte Infiltration an der Zungenbasis, in der Submaxillar- oder Parotisregion. Die tödtlichen Fälle enden gewöhnlich vor dem zwölften Tage infolge Sepsis; ein kürzerer Verlauf ist oft durch Larynxödem bedingt. Frühzeitige und radicale Incision ist die einzige Therapie. Eine Incision soll von der Mitte des Kinns nach unten zum Zungenbein bis auf die Mundschleimhaut gemacht werden, wenn die Schwellung unter dem Kiefer ist. Ist sie dagegen lateral gelegen, so sollen multiple Incisionen durch die Haut gemacht und dann stumpf zwischen Muskel und Fascie in die Tiefe gegangen und dann Drains eingelegt werden. Bei Larynxödem sind die anzuwendenden Mittel: Eis, Cocain, Adrenalinspray und hohe Tracheotomie. Die Mortalität bei den 12 Fällen betrug 40 pCt.

EMIL MAYER.

60) **H. Glover Longworthy. Ein Fall von primärem Pharynxerysipel. (A case of primary erysipelas of the pharynx.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. August 1906.*

Eine genaue Diagnose war unmöglich vor 2—3 Tagen nach Beginn der Erkrankung, als die charakteristischen secundären Erscheinungen auf der Haut des Gesichts auftraten. Der Larynx blieb völlig unbetheiligt.

EMIL MAYER.

61) **Gorochow. Die Bildung der Wange durch Plastik. (Obrasowanie schtscheki plastinsi.)** *Wratsch Gaz. No. 11—14. 1905.*

Ein lesenswerther Artikel; hat speciell chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

62) **Helferich** (Kiel). **Ueber Pharynxplastik.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 77. 1905.*

Bei einem 47jährigen Kranken hat Helferich wegen Carcinom den Larynx und einen Theil des Pharynx entfernt. Als der Patient nach einem Jahre noch recidivfrei war, wurde in verschiedenen kleinen Operationen der Oesophagus mit dem Pharynx wieder vereinigt.

SEIFERT.

63) **Spisbarny** (Moskau). **Pharyngotomia suprahyoidea.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 29. 1906.*

Zur Exstirpation eines Fibrosarkoms der linken hinteren Rachengegend ergab ein parallel dem Zungenbein, $^1/_3$ cm über diesem, von der Gegend des ersten Hornes bis zum linken Kopfnicker gehender Schnitt sehr gute Uebersicht.

SEIFERT.

64) **Paul Fabre. Einige Fälle plötzlicher Blutsuffusion oder Hämatom der Uvula. (Quelques cas de suffusion sanguine brusque ou d'hématome subit de la luette.)** *Académie de médecine. 12. Juni 1906.*

Diese Blutsuffusion äussert sich in einem Gefühl von Kitzel oder von Fremdkörpern. Die Prognose ist gut und die Diagnose leicht. PAUL RAUGÉ.

65) **A. Onodi** und **B. Entz. Ueber Keratosis pharyngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 265.*

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Krankheitsform, die unter dem Namen Pharyngomycosis benigna, Pharyngomycosis leptothricia, Mycosis, Phycosis leptothricia, Hyperkeratosis lacunaris beschrieben ist. Auf Grund eigener histologischer Untersuchungen kommen die Verff. zu folgenden Resultaten: Das Wesen der Erkrankung ist am Zungengrund, wie auch an den Tonsillen eine von mässiger Bindegewebsentzündung begleitete Verdickung und Verhornung des Epithels, also eine Metaplasie desselben. Das verhornte Epithel häuft sich in grossen Massen an, entweder weil es sich rasch in grosser Menge bildet oder aber, weil diese Epithellagen fester miteinander zusammenhalten. Das Verhornen des Epithels wird nicht durch Keratohyalin- oder Eleidinkörner vermittelt. Die braune Verfärbung der Epithelpfröpfe ist theils die originelle, gelblich-braune Farbe der Hornsubstanz, theils ist sie von Blutextravasat, welches zwischen die Epithellagen gerathen ist, verursacht. Die Krankheit entwickelt sich auf einem chronisch entzündeten Boden. Der Befund von Leptothrixfäden ist nur accidentell; der Pilz steht mit der Erkrankung in keinerlei ätiologischer Beziehung. Das Wesentliche der Krankheit besteht in der Verhornung des Epithels; daher wollen die Verff. sie als Keratosis pharyngis bezeichnet und den von Siebenmann gewählten Namen Hyperkeratosis pharyngis für die schweren Fälle, in denen sich ganze Hornstacheln gebildet haben, reservirt wissen. F. KLEMPERER.

66) **Alexander Iwanoff** (Moskau). **Ueber Pharyngitis granulosa.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 307.*

Verf. unterscheidet adenoide und entzündliche Granula; die ersteren charakterisirt die Hyperplasie des lymphatischen sowohl wie des Drüsengewebes und das Fehlen von Entzündungserscheinungen, während in den entzündlichen Granula die Entzündungserscheinungen prävaliren. Die entzündlichen Granula sind kleiner (ungefähr hirsekorngross), von dunkelrother Farbe, einzeln auf der stark gerötheten Mucosa zerstreut. Die adenoiden Granula sind grösser (erbsengross), blass, sitzen auf einer anämischen Schleimhaut, confluiren häufig, so dass die hintere Pharynxwand ein höckeriges Aussehen bekommt; meist bestehen zugleich mit solchen Granula Pharyngitis lateralis und Hypertrophie der Tonsillen. Die Pharyngitis adenoidalis — den Namen Pharyngitis granulosa will Verf. für die entzündliche Form der Affection reservirt wissen — macht für sich keinerlei Symptome und bedarf keiner Behandlung. F. KLEMPERER.

67) **G. Finder** (Berlin). **Eine eigenthümliche Veränderung der hinteren Rachenwand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 321.*

Zufälliger Nebenbefund bei einem 45 jährigen Manne mit asthmatischen Be-

schwerden und leichter Heiserkeit: Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand ist besät mit zahllosen, stecknadelspitz- bis hirsekorngrossen, gelbweissen, sehr dicht neben einander liegenden und bisweilen mit einander confluirenden Knötchen, die halbkugelig über das Niveau der Schleimhaut hervorragen; die Schleimhaut selbst, wo sie zwischen den Knötchen zum Vorschein kommt, ist glatt, dünn, ziemlich blass und trocken. Der Patient weiss selbst gar nichts von dieser Veränderung; die histologische Untersuchung eines excidirten Schleimhautstückes giebt über ihre Natur keine rechte Aufklärung.

F. KLEMPERER.

d. Diphtherie und Croup.

68) **H. M. Greene. Diphtherie und die Wirkung des Diphtheriebacillus, verglichen mit der anderer Bacillen. (Diphtheria and the action of the bacillus of diphtheria as compared with the other bacteria.)** *North Western Medicine. Juni 1906.*

Verf. unterscheidet zwei Typen: Toxische und infectiöse Bakterien. Der Diphtheriebacillus bewirkt Toxaemie, die Bakterien der andere Gruppe Septikaemie.

EMIL MAYER.

69) **Walter R. Ramsey. Neue Untersuchungen und Complicationen bei Diphtherie. (Recent investigations and complications of diphtheria.)** *St. Paul Medical Journal. September 1906.*

Verf. bespricht den Effect der Bacillen auf Herz und Nervensystem; desgleichen auf Lungen, Magen, Leber und Nieren. Es wird ferner über die Antitoxingaben und ihre Wirkung auf das Blut berichtet.

Die Intubation hat der Tracheotomie den Vorrang abgelaufen, sie soll aber nur im Liegen gemacht werden, weil, wenn der Patient sitzt, die Gefahr für das Herz zu gross ist.

EMIL MAYER.

70) **C. J. St. Clair. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin in diphteria.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 7. September 1906.*

Verf. plaidirt für möglichst frühzeitige Anwendung; enthält bekannte Thatsachen.

EMIL MAYER.

71) **Bilik** (Odessa). **Ein Fall von Rachendiphtherie bei einem vierwöchentlichen Säuglinge.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 43. 1906.*

Isolirte Erkankung des Rachens ohne Betheiligung der Nase. Zur Injection kamen 3000 E., die gut vertragen wurden. Gaumenlähmung, Heilung.

SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Ernst Barth** (Frankfurt a. O.). **Zur Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI.*

Durch Untersuchungen mit dem Zwaardemaker'schen Apparat stellte Verf. fest, dass bei gut geschulten Sängern und Sängerinnen mit ansteigender

Tonhöhe der Kehlkopf tiefer tritt und umgekehrt, dass er also bei dem tiefsten Ton seinen höchsten, bei dem höchsten Ton seinen tiefsten Stand innehat. In der Prüfung dieses Verhaltens glaubt er ein objectives Kriterium für den richtigen Tonansatz gefunden zu haben. Die Erlernung des richtigen Tonansatzes freilich ist nach wie vor auf die richtige Nachahmung eines mustergiltigen Vorbildes unter Controle eines feinen Ohres angewiesen.

F. KLEMPERER.

73) **W. S. Anderson. Die Beeinflussung der Sprach- und Singstimme durch abnorme Zustände in Nase und Hals. (The speaking and singing voice as affected by the abnormal conditions of nose and throat.)** *Detroit Medical Journal. Juni 1906.*

Vor jeder Operation soll man auch die eventuelle Einwirkung auf die Nase bedenken.

EMIL MAYER.

74) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von E. Barth: „Zur Therapie der Aphonia spastica mittelst mechanischer Beeinflussung der Glottisbildung".**

75) **Ernst Barth. Erwiderung.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 547 u. 548.*

Baumgarten hat 1899 (Wiener med. Wochenschr.) bereits über einen Fall von Aphonia spastica berichtet, den er durch Intubation, also durch mechanische Beeinflussung im Sinne Barth's mit eklatantem Erfolge behandet hat.

F. KLEMPERER.

76) **J. van Geuns** (Amsterdam). **Ein Mittel gegen Keuchhusten. (Een middel tegen kinkhoest.)**

77) **P. van der Wielen** (Amsterdam). **Napo-cresolene.**

78) **W. de Jong** (Leiden). **Behandlung von Keuchhusten. (Behandeling van kinkhoest.)**

79) **H. Burger** (Amsterdam). **Behandlung von Keuchhusten. (Behandeling van kinkhoest.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1905. II. No. 25 u. 26. 1906. I. No. 1 u. 2.*

Van Geuns hat mit dem amerikanischen Geheimmittel Napocresolene bei Keuchhusten überraschende, de Jong mit einem ähnlichen deutschen Präparat zufriedenstellende Erfolge erhalten. Van der Wielen hat das Mittel untersucht und gefunden, dass Napocresolene nichts als unreines Phenolum liquefactum ist. Ein völlig identisches Präparat erhielt er durch die Mischung von 93 g Phenol. liq., 5 g Cresolum crudum und 2 g Wasser.

Burger erinnert an die altbekannte Verwendung von Karboldampf (u. A. Henoch) und von Kreosot (u. A. Eichhorst) beim Keuchhusten. Es sei angezeigt, die Wirkung des Kresols (Bestandtheiles sowohl von Kreosot wie von Napocresolene) bei Keuchhusten eingehend zu studiren.

H. BURGER.

80) **Charles J. Whalen. Ein Fall von sogenanntem Kehlkopfschwindel. (A case of so-called laryngeal vertigo.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Patient hat täglich mehrere Hustenanfälle mit einstündigem Verlust des Be-

wusstseins. Auch während des Schlafes fährt er bei Beginn des Hustenanfalles auf, um dann bewusstlos hintenüber zu fallen. Dieser Zustand hielt drei Monate lang an. In den nächsten drei Monaten wurden die Anfälle seltener. Mit dem Beginn des Winters wurde der Husten in Folge einer Erkältung schlimmer und mit dem Einsetzen der Bronchialstörungen wurden die Hustenparoxysmen wieder so heftig wie früher und auch die Anfälle von Bewusstlosigkeit häufiger. Alle Mittel erwiesen sich als erfolglos. Seit einiger Zeit nimmt Patient Leberthran; die Anfälle liessen seitdem nach und Patient ist auf dem Wege der Besserung.

EMIL MAYER.

81) **Moskovicz. Reflexneurose des Kehlkopfes bei Erkrankung der weiblichen Genitalien.** *Orvosok Lapja. No. 8.*

Patientin hat beständig das Gefühl eines unerträglichen Würgens, eines Fremdkörpers im Kehlkopfe. Ausser Anämie der Schleimhäute nichts Abnormes in den Luftwegen. M. leitete die Sache auf's gynäkologische Gebiet und es stellte sich heraus, dass bei der Patientin ein Carcinoma uteri bestand.

v. NAVRATIL.

82) **H. Cordes** (Berlin). **Beitrag zur Aetiologie und Pathologie der Sängerknötchen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 215.*

C. untersuchte 18 Stimmbandknötchen von 12 Patienten. Nur 4 enthielten Drüsen, 14 waren drüsenfrei — indessen hält Verf. dieses Zahlenverhältniss nicht für ganz richtig, da er unter den Fällen von Knötchenbildung, welche nicht zur Operation kamen, sondern durch intralaryngeale Maassnahmen sich zurückbildeten, mehrere sah, welche nach seiner Ueberzeugung Drüsen in den Knötchen besassen. Nach dem histologischen Befunde theilt er die Knötchen in a) Fibrome mit fibrös-elastischem Stroma und gleichmässigem, wenig verdicktem Epithelbelag; b) Fibrome mit fibrös-elastischem Stroma und stark verdicktem und gewuchertem Epithelbelag mit und ohne Rundzelleninfiltration; c) Fibrome mit fibrös-elastischem Stroma, papillären Erhebungen und verdicktem Epithel; d) Fibrome mit mehr oder weniger weitmaschig angeordnetem fibrös-elastischem Stroma und glatter, resp. papillärer Oberfläche; e) Fibrome mit cystischen Hohlräumen (Angio-Fibrom, Fibroma cysticum); f) Fibrome mit hyaliner Degeneration des Stromas.

Die drüsenhaltigen Knötchen sind nach Verf.'s Ansicht bei längerer und genauerer laryngoskopischer Beobachtung fast immer von den drüsenfreien zu unterscheiden; theils sieht man sie secerniren, theils wechselt ihre Grösse von einem Tage zum andern. Patienten mit solchen Knötchen sind in ihrem Stimmgebrauch sehr behindert, dagegen sah Verf. eine Künstlerin mit trockenen Knötchen allen Anforderungen ihres Berufes ohne Mühe genügen. In den 4 drüsenhaltigen Knötchen fanden sich stets entzündliche Erscheinungen und der entzündlichen Affection der Drüse kommt dabei sicherlich eine ätiologische Bedeutung zu. Da aber in keinem Falle doppelseitiger Knötchenbildung in beiden Gebilden und in keinem der einseitig entwickelten Knötchen Drüsen nachgewiesen wurden, ferner die drüsenhaltigen Knötchen überhaupt nur etwa 20 pCt. der gesammten Knötchen ausmachen, ist eine allgemeinere ätiologische Bedeutung der Drüsenaffection nicht

anzunehmen. Die drüsenhaltigen Knötchen gehen, vorausgesetzt, dass die Veränderungen an den Drüsen noch keine so tiefgehenden sind, durch intralaryngeale medicamentöse Behandlung (Jod u.a.) meist zurück. — Die Aetiologie der drüsenfreien Knötchen ist weniger deutlich. In einem Falle sah Verf. bei einer Sängerin mit mässigem Katarrh nach andauernden Versuchen, zwei bestimmte Falsetttöne hervorzubringen, Knötchen plötzlich hervortreten. Die falsche Technik führt zu starker Reizung an einem bestimmten Punkte, wobei ein circumscriptes Oedem des Stimmbandes zu Stande kommt; aus dem Oedem entsteht bei Fortdauer der falschen Technik durch Erschlaffung und Schädigung der elastischen Fasern ein ödematöses Fibrom. Die von Krause beschriebenen Veränderungen der elastischen Fasern (Schwund, bezw. Unterbrechung derselben) in den Knötchen fand Verf. in seinen Fällen regelmässig.

F. KLEMPERER.

83) **Teofil Zalewski** (Lemberg). **Endolaryngeale Ausschälung eines Larynxfibroms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 537.*

Beim Versuch, den wallnussgrossen Tumor mit der Krause'schen Pincette zu exstirpiren, erwies sich derselbe als sehr derb und wurde nur die Schleimhaut durchschnitten, die sich rasch zurückzog, so dass die Wundränder weit klafften. Daraufhin schob Z. die Schleimhaut weiter über den ganzen Tumor zurück und hob diesen, der nur locker mit der Umgebung verwachsen war, dann ohne grosse Gewaltanwendung in toto heraus. Die Schleimhaut legte sich in Falten in den Sinus Morgagni; Blutung gering. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Fibrom. Patient nach 8 Tagen mit geringer Heiserkeit geheilt entlassen.

F. KLEMPERER.

84) **W. Rostock. Behandlung von Kehlkopfpapillomen. (Treatment of papilloma of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1906.*

Verf. hat in 2 Fällen von recidivirenden Papillomen Heilung durch die abwechselnde Anwendung von Arsen und Jodkali erzielt. Er meint, dass sich in diesen Fällen durch geeignete interne Behandlung oft chirurgische Eingriffe umgehen lassen.

LEFFERTS.

85) **Lommel** (Jena). **Fälle von Kehlkopflues und Kehlkopfpapillomen.** *Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 8. 1906.*

Bei einer jungen Frau zeigte sich eine diffuse gummöse Infiltration fast des ganzen über den Stimmbändern gelegenen Kehlkopfinnern. In einem anderen Falle waren Papillome an der Stelle eines längst geheilten luetischen Geschwüres aufgetreten.

SEIFERT.

86) **Forbes R. Mc. Creery. Ein Fall von Kehlkopfpapillom beim Kinde. (A case of papilloma of the larynx in a child.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juni 1906.*

Der Fall betrifft ein $2^1/_2$ jähriges Kind. Der Zustand war infolge der Behinderung der Luftzufuhr sehr gefährlich. Verf. entschloss sich zur Intubation, danach trat aber eine so offensichtliche Verschlimmerung ein, dass er sofort den Tubus wieder herauszog. Dagegen hatte die Tracheotomie sofort eine völlige Be-

hebung der Athemnoth zur Folge. Ein halbes Jahr später wurde die Tube durch eine gefensterte ersetzt, doch war das Kind nicht im Stande, durch das Fenster und den Larynx zu athmen. Verf. will das Kind die Canüle tragen lassen, bis die Zeit des activen Wachsthums vorüber ist, um dann, wenn nöthig, eine definitive Operation vorzunehmen.

LEFFERTS.

87) A. B. Thrasher. **Larynxpapillom infolge Einathmung von Hitze. (Papilloma of larynx from inhalation of flames.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

88) G. Ferreri. **Drei Fälle von Laryngofissur wegen Papilloma. (Tre casi di laringofissura per papillomi.)** *Arch. Ital. di otologia. September 1906.*

Die Fälle betreffen ein 5jähriges Kind, eine 21jährige und eine 52jährige Patientin. Verf. ist ein entschiedener Gegner der endolaryngealen Behandlung bei Papillomen; behauptet, dass man mittels der Laryngofissur die Patienten durch die einmalige Operation heilen könne. Er hat nach endolaryngealer Operation fast immer Recidive gesehen, während nach der Laryngofissur „im Allgemeinen" das Gegentheil der Fall war. Er verwirft den von einigen Chirurgen gegebenen Rath, die Laryngofissur in diesen Fällen ohne vorhergehende Tracheotomie zu machen. Am meisten gegen die Bevorzugung der Laryngofissur durch den Verf. spricht wohl die Thatsache, dass in dem einen von den drei mitgetheilten Fällen nach 6 Monaten Recidive eintraten, so dass eiligst in der Nacht die Tracheotomie ausgeführt werden musste.

FINDER.

89) John Roland Mackenzie. **Bemerkungen über die makroskopische Diagnose und Allgemeinbehandlung bei Kehlkopfcarcinom. (Remarks on the macroscopic diagnosis and general treatment of cancer of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1906.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

90) Gottlieb Kiaer. **Kehlkopfcarcinom. Laryngofissur. (Cancer of the larynx; laryngofissure.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Patient ist ein 57jähriger Mann. Verf. will nicht definitiv entscheiden, ob ein Recidiv vorliegt. Dagegen spricht, dass das Kehlkopfbild sich seit 2 Jahren nicht geändert hat. Es sind seit der Operation 3 Jahre vergangen; Verf. meint jedoch, man könne von einer Heilung erst nach 5 Jahren sprechen.

EMIL MAYER.

91) Chevalier Jackson. **Thyreotomie oder Laryngectomie. (Thyrotomy or Laryngectomy.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juli 1906.*

Es werden 2 Fälle mitgetheilt. Im ersten war die Thyreotomie angerathen, aber verweigert worden, es musste die Larynxexstirpation gemacht werden und Pat. starb 8 Monate später an Recidiv. In einem zweiten Fall wurde wegen Epitheliom eine Thyreotomie gemacht und Pat. lebt noch nach 4 Jahren und kann

sich gut verständlich machen. Das einzige Symptom für ein Kehlkopfcarcinom im Stadium der Heilbarkeit ist Heiserkeit, die verschwindet und wiederkehrt. Alle anderen Symptome treten erst auf, wenn jenes Stadium schon vorüber ist. Chronische Heiserkeit ist also oft ein Zeichen für eine maligne Erkrankung.

EMIL MAYER.

92) A. H. Bogart. **Totale Larynxexstirpation wegen Carcinom. (Total laryngectomy for carcinoma.)** *American Surgery. August 1906.*

Bericht über einen erfolgreichen Fall. Weder war vorhergehende Tracheotomie noch Tamponcanüle in diesem Fall nöthig; die Trendelenburg'sche Lage macht dies unnöthig.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

92) Georges Dock. **Klinische Erfahrungen bei Morbus Basedow. (Clinical experiences with exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record.*

In Michigan und den benachbarten Staaten ist sowohl einfacher Kropf wie Morbus Basedow sehr häufig. Unter 4000 Patienten hatten 32 Basedow'sche Krankheit, davon betrafen 29 Frauen und 3 Männer. Der jüngste Patient war 19, der älteste 55 Jahre alt. In 12 Fällen bestand ein Kropf, lange bevor die anderen Symptome einsetzten. Die Symptome von Seiten des Herzens, der grossen Gefässe, Augen, Haut, Nervensystem zeigten keine grosse Abweichung von dem bekannten Krankheitsbild. Der Blutdruck war in einigen Fällen auf 160—180 erhöht, in anderen betrug er nur 100. Anämie war in wenigen Fällen vorhanden. Untersuchung des Magensaftes zeigte Herabsetzung oder Fehlen des Salzsäuregehalts.

D. betont die Wichtigkeit von Ruhe, Diät, rationeller Lebensführung und symptomatischer Behandlung. Röntgenstrahlen wurden in 2 Fällen versucht; sie hatten wenig Effect auf die Struma und gar keinen auf die anderen Symptome.

LEFFERTS.

94) G. A. Waterman. **Die Serumbehandlung des Morbus Basedow. (The serum treatment of exophtalmic goitre.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 16. August 1906.*

Die Erfahrungen des Verf.'s über Serumbehandlung werden durch die mitgetheilten Fälle illustrirt. Verf. hat auch getrocknetes Blut von thyroidectomirten Ziegen in Dosen von 5 g 2 oder 3mal täglich in einer Anzahl von Fällen angewandt, aber niemals günstige Erfolge davon gesehen.

Von den hier mitgetheilten Fällen können 2 als geheilt angesehen werden, 2 als gebessert und 1 als ungebessert.

Wenn man alle die Fälle betrachtet, in denen ein günstiger Einfluss der Serumbehandlung berichtet worden ist, wird man sich der Annahme nicht verschliessen können, dass hier ein die Krankheit günstig beeinflussendes Mittel vorliegt; wahrscheinlich auf diesem Wege oder durch das cystotoxische Serum, über das neulich Beebe und Rogers berichtet haben, werden wir ein specifisches Mittel gegen die Krankheit finden.

EMIL MAYER.

95) S. P. Beebes. **Ein Serum von therapeutischem Werth bei der Behandlung von Morbus Basedow.** *Journal of the American Medical Associatiou. 1. September 1906.*

Verf. beschreibt die Präparation eines specifischen Serums. Um die besten Resultate zu erzielen, muss man Thieren erkrankte Schilddrüsen injiciren. Der Unterschied zwischen dem Serum, das man so erhält, und dem nach der Injection von normaler Schilddrüse erhaltenen war jedoch nicht wesentlich. Es gelang durch die Anwendung pathologischer Drüsen, die im Krankenhause entfernt worden waren, ein Serum herzustellen, durch dessen Einfluss deutliche Besserung erzielt wurde.

EMIL MAYER.

96) H. C. Barclay. **Die Anwendung von Adrenalin bei Morbus Basedow. (The use of adrenalin in exophthalmic goiter.)** *American Practitioner and News. Juli 1906.*

Von einer Lösung von 1 : 1000 wurden innerlich 5 Tropfen gegeben als Mittel gegen die excessiven Palpitationen. Der Erfolg war ein unmittelbarer und ausgesprochener und so befriedigend, dass das Mittel ein paar Monate lang gegeben wurde, wobei alle Symptome nachliessen. 6 Monate später leichtes Recidiv, das wieder prompt auf Adrenalin zurückging.

EMIL MAYER.

97) W. A. Downes. **Thyrodectomie wegen Morbus Basedow. (Thyredectomy for exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 28. April 1906.*

Klinischer Bericht über zwei mit gutem Resultat behandelte Fälle.

LEFFERTS.

98) F. J. Shepherd. **Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The chirurgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 1. September 1906.*

Verf. meint, dass in einer Anzahl von Fällen operative Maassnahmen von Erfolg sind. Die Fälle, die durch Operation nicht günstig beeinflusst werden, sind nicht die schweren, sondern diejenigen, in denen die Hypertrophie der Drüse mehr auf der einen als auf der andern Seite ist, mit ausgebildeter Tumorbildung, ferner wo die Drüse nicht sehr gefässreich ist und der Kropf den anderen Symptomen schon Jahre lang vorausgegangen ist. In frischen Fällen von Kropfbildung mit geringen anderen Symptomen, wenn die Drüse weich, gefässreich und gleichmässig vergrössert ist, sind die Resultate gewöhnlich gut. Ist ausgesprochene Toxämie in Folge Thyreoidismus vorhanden, so vermeide man die Operation.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

99) R. H. Kahn. **Studien über den Schluckreflex. II. Die motorische Innervation der Speiseröhre.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. III. IV. S. 354. 1906.*

Bei Hund, Katze, Affe ergab sich folgende motorische Innervation des Oeso-

phagus. Hund: Obere Hälfte des Halstheiles N. oesophageus (= r. phar. vag. inf.), Ggl. cerv. supr. symp.? untere Hälfte des Halstheiles N. oesophageus, Ggl. cerv. supr. symp.? recurrens; Brusttheil r. oesophageus des Brustvagus. Katze: Halstheil N. pharyngo-oesophageus, recurrens; Brusttheil r. oesophageus des Brustvagus. Affe: Oberster Abschnitt des Halstheiles r. oesophag. des N. laryng. sup., recurrens, Ggl. cerv. inf. symp.; der übrige Halstheil — recurrens; Brusttheil r. oesoph. des Brustvagus. Die motorische Innervation des Oesophagus ist demnach eine recht complirte, die Muskelgebiete der einzelnen Nerven greifen mehrfach ineinander über. Hierdurch wird die Möglichkeit, sich eine Vorstellung von der Genese der Peristaltik der Speiseröhre zu machen, mehr als bisher erschwert. Die Unmöglichder Annahme einer blossen peripheren im Oesophagus selbst liegenden Ursache (besondere Nervenvertheilung, Ganglienzellen) ist bekannt. Aber auch die Annahme Ranviers von dem ‚clavier central' lässt den regelmässigen Ablaut der Muskelcontraction in der Speiseröhre nicht viel verständlicher erscheinen, wenn man bedenkt, dass die von den Centren zur Musculatur verlaufenden Nerven zum Theile neben einander liegende Gebiete innerviren, zum Theile aber einander mit ihren Versorgungsgebieten decken, oder dass mehr in der Peripherie abgehende Nerven (Brustsympathicus) höherliegende Theile des Schlundrohres (oberster Halsösophagus beim Affen) motorisch versorgen.

J. KATZENSTEIN.

100) **R. H. Kahn. Studien über den Schluckreflex. Zur Physiologie der Speiseröhre.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. III. IV. S. 362. 1906.*

Die Speiseröhre ist physiologisch reizbar. Fremdkörper, welche in ihr liegen, lösen eine peristaltische Bewegung des Rohres aus, welche sie in den Magen befördert. Diese Reizbarkeit nimmt mit der Entfernung vom Pharynx zu. Sie ist für die Beförderung von Speisen in den Magen deshalb von Wichtigkeit, weil sie das Rohr von etwa liegen gebliebenen Resten des letzten Bissens zu reinigen im Stande ist, kann also als ein Schutzreflex betrachtet werden. Beim Hunde durchläuft die Peristaltik die Speiseröhre in 6—7 Sekunden. Sie erleidet an den Stellen des Rohres, an welchen ein Wechsel in der Nervenversorgung stattfindet (Mitte des Halstheiles, Uebergang des Halstheils in den Brusttheil) eine erhebliche Verzögerung. Bei Hunden und Affen wird feste und flüssige Schluckmasse durch die Peristaltik der Speiseröhre in den Magen befördert. Die Peristaltik verläuft bei flüssiger Schluckmasse etwas rascher als bei fester.

J. KATZENSTEIN.

101) **Wilder Fileston. Peptisches Geschwür des Oesophagus. (Peptic ulcer of the oesophagus.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1906.*

Verf. hat selbst 3 Fälle gesehen; seit 1878 sind 41 Fälle beschrieben. Das peptische Geschwür des Oesophagus ist eine ernste Erkrankung, nicht nur wegen der Gefahr einer Hämorrhagie und Perforation, sondern auch wegen der Tendenz zur Strikturirung. Es ist oft eine Complication schwerer Erkrankungen. Die Zahl der während des Lebens diagnosticirten Fälle ist zu klein, um einen Schluss auf die Mortalität zu erlauben.

EMIL MAYER.

102) **Caubet** (Toulouse). **Geldstücke, die bei Kindern in der Speiseröhre stecken geblieben sind. Ihre Extraction per vias naturales. (Pièces de monnaie arrêtées dans l'oesophage chez les enfants. Leur extraction des voies naturelles.)** *Gazette des hôpitaux. 23. Januar 1906.*

Die Arbeit plaidirt für die Anwendung des Kirmisson'schen Hakens. Nachdem der Fremdkörper diagnosticirt und seine Localisation durch radioskopische Untersuchung festgestellt ist, soll man immer, wenn der Fall nicht älter als 14 Tage ist, die Extraction auf natürlichem Wege versuchen.

Die Oesophagotomia externa ist das äusserste Mittel, das exceptionell bleiben und für die Fälle reservirt bleiben muss, die älter sind oder wo der Fremdkörper durch Vorsprünge sich in die Wand eingekeilt hat. PAUL RAUGÉ.

103) **Collet. Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étrangers de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 24. Januar 1906.*

Patient wollte sich nicht ösophagoskopiren lassen. Palpation des Pharynx liess den Fremdkörper fühlen, der mit einer gebogenen Pincette exstirpirt wurde. Verf. betont den Nutzen der Digital-Untersuchung besonders bei Kindern.

PAUL RAUGÉ.

104) **Mauclaire** (Paris). **Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 16. Mai 1906.*

Es handelte sich um ein Gebiss aus Metall, dessen Sitz durch die Radiographie in der Höhe des 2. Rückenwirbels bestimmt wurde. Nachdem einige vergebliche Extractionsversuche mit dem Gräfe'schen Instrument gemacht waren, führte Verf. die äussere Oesophagotomie aus. Das Resultat war ausgezeichnet, obwohl der Eingriff erst 4 Wochen nach dem Unfall gemacht war.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Stuttgart 1906.

Abtheilung 23: Nasen- und Halskrankheiten.

Erste Sitzung vom 17. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Heymann (Berlin).

Vorträge: I. v. Eicken (Freiburg): Ueber Hypopharyngoskopie (mit Demonstration).

Bisher stand, wenn es galt, Fremdkörper, Geschwülste etc. in den untersten Pharynxabschnitten und im Oesophaguseingang festzustellen, das ösophagoskopische Rohr und der Killian'sche Röhrenspatel zur Verfügung, die beide ihren Zweck in dieser Gegend nur unvollkommen und nicht ohne Gefahr für den Pa-

tienten erfüllen. Nach mehrfachen fruchtlosen Versuchen, die zur Besichtigung dieser Partieen mit dem Kehlkopfspiegel nöthige Abdrängung des Kehlkopfs von der hinteren Pharynxwand durch Zug von aussen zu bewirken, kam v. E. auf den Gedanken, den Angriffspunkt der Zugkraft in das Kehlkopfinnere zu verlegen und construirte einen „Kehlkopfhaken", mit dem er durch die Stimmritze bis zu den ersten Trachealringen eindrang und den Kehlkopf so weit nach vorn zu ziehen vermochte, dass er freien Einblick in die Sinus piriformes und den Oesophaguseingang gewann.

Im weiteren Verlauf seiner Untersuchungen stellte v. E. fest, dass es schon mit einer einfachen, kräftigen, nicht biegsamen Kehlkopfsonde gelingt, dasselbe Resultat zu erzielen, indem man den Griff der Sonde an den oberen Molarzähnen als Hypomochlion anstemmt und mit der Spitze einen Druck auf die cocainisirte Kehlkopfvorderwand ausübt. Den Gebrauch dieser Sonde, die er „Larynxhebel" benennt, demonstrirte v. E. an einem Patienten. Man sah dabei den Kehlkopf $1\frac{1}{2}$—2 cm weit von der hinteren Rachenwand abgehebelt, die beiden Sinus piriformes zu einem gemeinsamen Raum confluirt und in der Tiefe den durch den Constrictor pharyngis inferior geschlossenen Oesophaguseingang. Wichtig bei dieser Methode ist es, dass die vordere Halsmuskulatur möglichst entspannt wird, was man am Besten durch leichte Vorneigung des Kopfes erreicht. Lässt man den Hebel durch Assistent oder Patient fixiren, so hat man eine Hand frei zur Vornahme von Eingriffen.

II. Heymann (Berlin): Notizen zur Behandlung des Heufiebers.

Vortr. hat 24 Fälle von Heufieber mit Schilddrüsentabletten behandelt und damit sehr befriedigende Erfolge erzielt. Die Kur muss mehrere Wochen vor Beginn der Saison eingeleitet und längere Zeit hindurch (4—6 Wochen) fortgesetzt werden.

Discussion: Goldschmidt (Reichenhall), Katz (Kaiserslautern).

III. Bayer (Brüssel): Ueber die Bedeutung der Lymphdrüsen und Lymphgefässe des Halses in der Pathologie der Nasen-, Ohren-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten; von der äusseren Untersuchung und Behandlung. Mittheilung einiger Fälle.

Vortr. macht darauf aufmerksam, dass seit Einführung des Kehlkopfspiegels die Untersuchung der Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Halses zu Unrecht vernachlässigt worden und ihre Bedeutung für Aetiologie und Pathogenie der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten unterschätzt worden ist. Nach einer anatomischen und physiologischen Einleitung geht er über zur Besprechung der krankhaften Störungen, von denen er zwei Gruppen unterscheidet:

1. Die unmittelbaren Störungen betreffen die Lymphcirculation und sind die Folge von Hindernissen, welchen der Lymphstrom auf seinem Laufe nach den grossen Sammlern begegnet. Es kommt zu Lymphstagnation, die noch gesteigert wird, wenn eine Compression der grossen Halsvenen damit verbunden ist: die Folge ist passive Hyperämie, Anschwellung und seröse Durchtränkung der Gewebe. Daneben kann es zur Bildung von Höhlenexsudaten, Anschwellung der Nasen-

schleimhaut, Hyperplasien im Gebiete des Waldeyer'schen Ringes, Pharyngitiden, Laryngitiden, Tuben- und Mittelohrkatarrhen etc. kommen.

2. Die mittelbaren Störungen sind mechanischer Natur und sind verursacht durch Druck der geschwollenen Lymphdrüsen auf die Nachbarschaft: So entstehen Störungen im Gebiet der Sensibilität, Gefühl von Druck, Schmerz etc. im Rachen, der Zunge, den Mandeln, Tuben, Ohren etc. und im Gebiete der Motilität: Stimmstörungen, Schluckbeschwerden, Paresen etc. Besonders wichtig ist die Compression der Vena jugularis wegen der dadurch verursachten Gehirnsymptome: Kopfschmerz, Somnolenz, Gedächtnissschwäche etc.

Der Vortragende beschreibt sodann eingehend die äussere Halsuntersuchung und die Behandlung jener Störungen durch Massage der die seitlichen Halsgegenden ausfüllenden Lymphdrüsenzellgewebsschicht. Er hat auf diese Weise eine Reihe von Fällen, die vorher operativ, medicamentös oder thermal ohne dauernden Erfolg behandelt worden waren, einer bleibenden Heilung entgegengeführt.

Zweite Sitzung vom 18. September, Vormittags.

Vorsitzender: Siebenmann (Basel).

Vorträge: I. Gluck (Berlin): Ueber Totalresection der Zunge, des Kehlkopfes und des Pharynx.

Vortr. stellt einen Kranken vor, dem er wegen ausgedehnter hyperplastischer Tuberculose (ursprünglich war ein Carcinom diagnosticirt worden) Zunge, Struma, Kehlkopf, Halstheil der Luftröhre, Pharynx, Halstheil des Oesophagus und die grossen Gefässe der rechten Seite resecirt hat. Er knüpft daran Bemerkungen über Indicationen, Technik und Resultate dieses umfangreichen Eingriffs, sowie über seine Folgen für die Nahrungsaufnahme und die Sprache.

Discussion:

Grünwald (München) erwähnt die Schwierigkeit und grosse Wichtigkeit der Frühdiagnose bei Tuberculose, endolaryngealem und speciell retrolaryngealem Carcinom, bei welch letzterem häufig Metastasen früher als die Geschwulst zu Tage treten. Dass Tuberculose für Carcinom gehalten wird, kommt auch heute noch vor. Bezüglich dieser übrigens vermeidbaren Eventualität verweist G. auf seine demnächst erscheinende Arbeit über äussere Eingriffe bei Tuberculose. Endlich erörtert er noch die speciellen Vortheile der Pharyngotomia suprahyoidea in geeigneten Fällen.

Bayer (Brüssel) war im Allgemeinen ein Gegner der weitgehenden operativen Eingriffe bei Tuberculose des Kehlkopfes, ist aber nach solchen Erfolgen, wie Prof. Gluck sie erreicht hat, bekehrt. Er möchte jedoch diese Behandlung nur auf gewisse ausgewählte Fälle langsam verlaufender Tuberculose beschränkt wissen und die bösartig verlaufende Kehlkopftuberculose ausnehmen. Ferner kann er bei Vornahme operativer Eingriffe nicht genug dem Vortragenden beistimmen, die inficirten Halslymphdrüsen ganz gründlich zu exstirpiren, da sonst jede Operation illusorisch ist.

II. Siebenmann (Basel): Ueber einen seltenen Fall von Erkrankung der oberen Luftwege an Lupus pernio.

Vortr. demonstrirt Moulagen sowie colorirte Abbildungen einer eigenthümlichen Erkrankung der Haut und der Knochen, sowie der Schleimhaut der oberen Luftwege. Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, bei dem vor 3 Jahren zunächst Undurchgängigkeit der Nase, dann Schwellung der Oberlippe, Nase, Wangen- und Supraorbitalgegenden auftrat. Hierzu gesellten sich später Knötchenbildung in der Haut der Extremitäten und eine schmerzlos verlaufende Ostitis von Mittelhand und Ulna. Knotenbildung trat gleichzeitig auch in der Schleimhaut des Mundes, des Gaumens und des Larynx auf. Das Infiltrat der Larynxschleimhaut ist gleichmässig diffus. Auffällig ist das colossale Oedem der Augenlider.

Ihrer Natur nach gehört diese Krankheit zu den Tuberculiden oder zu den sehr gutartig verlaufenden Tuberculosen. In allen Infiltraten fanden sich reichlich Epithelioid- und Langhans'sche Riesenzellen, sowie derbes Bindegewebe, wenig Leukocyten und keine Tuberkelbacillen; alle Impfversuche fielen negativ aus. Ein tieferer Zerfall wurde an keiner Stelle beobachtet.

Unter dem Einfluss einer Streptokokkeninfection trat vorübergehend ein Schwund sämmtlicher Tumoren ein; seither haben dieselben aber wieder ihre frühere Grösse erreicht. Röntgendurchstrahlung scheint von allen angewandten Mitteln (Jodkali, Arsen, Soolbäder, Tuberculin) einzig wirksam zu sein. Eine ausführlichere Beschreibung erfolgt im Archiv für Laryngologie.

Dritte Sitzung vom 19. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Bayer (Brüssel).

Vortrag: Goldschmidt (Reichenhall): Beiträge zum Catarrhus Störkii.

Vortr. definirt den Störk'schen Nasenrachenkatarrh als eine Affection, die sich durch Absonderung eines zähen, gallertigen, oft eitrig verfärbten Schleimes auszeichnet. Dieses Secret ist schon makroskopisch von dem des gewöhnlichen Rachenkatarrhs verschieden. Durch regelmässige Untersuchung der Halsorgane bei chronischen Bronchial- und Lungenleiden hat er die häufige Coincidenz dieser Affectionen mit dem Störk'schen Katarrh festgestellt und gefunden, dass der Katarrh überhaupt viel häufiger vorkommt, als man bisher annahm, sowie dass er den bösartigsten Affectionen zuzuzählen ist, denen wir in den oberen Luftwegen begegnen.

Er belegt diese Behauptungen durch Mittheilung von 5 Fällen eigener Beobachtung.

Discussion: Bayer (Brüssel) empfiehlt neben lokaler Behandlung intensive Arsenikcur.

Rau (Stuttgart).

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

38. Sitzung vom 9. December 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. Soph. Bentzen: Meningitis bei einer Patientin mit chronischer Mittelohreiterung und Lupus nasi.

Bei einer 33jährigen Frau entstand ein rechtsseitiges phlegmonöses Leiden der Thränenwege und 3 Tage später Ohrenschmerzen, von meningitischen Symptomen begleitet. Nach Aufmeisselung vorübergehende Besserung. Das Sectionsergebniss deutete darauf, dass es sich um eine von einer Ethmoiditis ausgehende Pyämie handelte und nicht um eine otogene Meningitis.

II. Geschäftssitzung: Zum Vorstand wurden gewählt:

Präsident: A. Grönbech.
Vicepräsident und Schatzmeister: Jörgen Möller.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

39. Sitzung vom 14. Februar 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Beiträge zur elektrolytischen Behandlung von Missbildungen der Nase, des Rachens und der Zunge.

Bericht über 4 Fälle, die in Narkose mit 150—300 M.-A. Stromstärke behandelt wurden; Dauer der Sitzung eine Viertelstunde. Die Reaction war nur gering; zwischen den Sitzungen verstrich eine Zeit von 8—14 Tagen.

1. Ein 19jähriger Student mit einem grossen cavernösen Angiom der Zunge. 3 mal Elektrolyse, 100—180 M.-A., Anode in der Zunge, Kathode im Rachen; zur Zeit persistiren nur noch in der hinteren Zungenhälfte kleine Reste des Angioms. (Patient wird demonstrirt.)

2. Ein 15jähriges Mädchen mit grossem Fibrom des Schlundes. Röntgenbehandlung erfolglos. Zweimal Elektrolyse, 150—175 M.-A. Geschwulst völlig verschwunden.

3. Ein 5jähriger Knabe mit grossem Fibrom im Nasenrachen und in der rechten Nasenhälfte. Zweimal Elektrolyse, 300 M.-A., Kathode wird durch die Nase, Anode durch den Mund in die Geschwulst hineingeführt. Geschwulst völlig verschwunden.

4. Ein 14jähriger Knabe mit Osteosarkom im Gaumen und im Nasenrachen. Nach Elektrolyse vorübergehende Erleichterung, übrigens Fortschreiten der Krankheit; Röntgenbehandlung erfolglos, weitere Behandlung aufgegeben.

Discussion: Nörregaard, Schmiegelow, Grönbech.

II. Grönbech: Demonstration eines Falles von Pharyngo-Laryngitis fibrinosa.

Patient, ein 63jähriger Arbeiter, trägt seit 4 Monaten immerfort recidivi-

rende fibrinöse Beläge am Kehldeckel und an der hinteren Schlundwand. Die Krankheit hat bisher jeder Behandlung getrotzt; jetzt werden stärkere Aetzmittel herangezogen werden.

III. Nörregaard: Notizen über die Angiomfälle während der letzten 6 Jahre meiner Praxis.

Seit dem Herbste 1899 wurden 415 Fälle behandelt, und zwar: Angina diphtherica 10, Angina scarlatinosa 29, Angina phlegmonosa 43, Angina herpetica 1, Angina luetica 1, Angina simplex 330, Mycosis tonsillaris 1. Die beste Behandlung der Angina besteht im Auspressen der Pfröpfe und Pinselungen.

IV. Jörgen Möller demonstrirte einen blutenden Septumpolypen, aus der hinteren Nasenhälfte einer 30jährigen Dame entfernt. Eigenthümlich war die Entstehung im Anschluss an das Wochenbett und die anfänglich jedesmal beim Stillen sich einfindende Blutung.

Grönbech hat 2 Fälle gesehen, auch beide bei Frauen und beide linksseitig.

Jörgen Möller.

III. Briefkasten.

XVI. Internationaler medicinischer Congress Budapest 1909.

Wir freuen uns, unseren Lesern zum Jahresschluss die Mittheilung bringen zu können, dass uns bei dem nächsten internationalen medicinischen Congress der demüthigende Kampf um eine würdige und unabhängige Stellung erspart bleiben wird. Unser verehrter Mitarbeiter, Herr Professor v. Navratil, theilt uns soeben mit, dass das Organisationscomité des Budapester Congresses einstimmig den Beschluss gefasst hat, dass die Rhino-Laryngologie auf diesem Congress eine selbstständige Section (No. XIV) unter seinem Präsidium bilden wird.

Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag.

Die Feier von Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag gestaltete sich zu einer imposanten Kundgebung, an der naturgemäss vor allem die engeren Fachgenossen des Jubilars hervorragenden Antheil hatten, die aber auch Zeugniss ablegte von der Werthschätzung und Verehrung, deren er sich in weiteren Kreisen erfreut. Am Vorabend des Geburtstages fand eine Sitzung der Berliner laryngologischen Gesellschaft statt, die, wenn sie auch auf ausdrücklichen Wunsch des Jubilars nicht als Festsitzung proclamirt worden war, doch durch die Tagesordnung und die Anwesenheit zahlreicher hervorragender auswärtiger Fachgenossen ein aussergewöhnliches und festliches Gepräge erhielt. Theils waren bereits an diesem Abend anwesend, theils trafen im Laufe des folgenden Tages ein: Sir Felix Semon (London), O. Chiari (Wien), Hajek (Wien), Broeckaert (Gent), Burger (Amsterdam), Schmiegelow (Kopenhagen), Lagerlöf (Stockholm), Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.), Killian (Freiburg), Jurasz (Heidelberg), O. Seiffert (Würzburg), Brieger (Breslau), Hansberg (Dortmund), Thilenius (Soden), sowie eine grosse Zahl früherer Schüler Fränkel's, die herbeigeeilt waren, um ihren alten Lehrer zu begrüssen. Nach einer Reihe von Demonstrationen ergriff Sir Felix Semon das Wort zu einem Vortrag „Ueber den therapeutischen Werth vollständiger Stimmruhe bei Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberculose“. Den

zweiten Vortrag des Abends hielt Fränkel über „Ozaena“, in dem er einen kritisch-historischen Ueberblick über die Entwickelung unserer Anschauungen über dieses Krankheitsbild seit seinen eigenen grundlegenden Arbeiten bis auf den heutigen Tag gab. Nach der Sitzung hielt ein gemüthliches Beisammensein bei kaltem Buffet und Bier, zu dem die Laryngologische Gesellschaft eingeladen hatte, die Theilnehmer noch lange vereint.

Am 17. November, dem eigentlichen Festtage, begann bereits zu früher Stunde in der Wohnung des Jubilars der Aufzug der glückwünschenden Vereine, Deputationen u. s. w. Ihre Reihe wurde eröffnet durch die Berliner medicinische Gesellschaft, die durch ihren Gesammtvorstand, mit Exc. von Bergmann an der Spitze, vertreten war: der Vorsitzende überreichte dem Jubilar, der 25 Jahre lang geschäftsführender Secretär der Gesellschaft war, mit einer seine Verdienste würdigenden Ansprache das Diplom der Ehrenmitgliedschaft. Die gleiche Ehrung wurde ihm seitens des Vereins für innere Medicin, dessen Abordnung durch Geh.-Rath Kraus geführt wurde, zu Theil. Das Sanitätscorps der Armee und die Kaiser-Wilhelms-Academie, deren Senat Fränkel angehört, liessen sich durch eine Deputation, mit Generalstabsarzt Schjerning an der Spitze, vertreten, die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen im Kultusministerium hatte den Geh. Obermedicinalrath Schmidtmann und Exc. von Bergmann abgesandt, die Glückwünsche der Direction des Königl. Charité-Krankenhauses überbrachte Geh. Regierungsrath Pütter, als Vertreter der medicinischen Facultät erschien deren Decan, Geh. Rath Heubner. Prof. Paul Heymann überreichte im Namen der Docenten für Laryngologie an den Universitäten der Länder deutscher Zunge ein Album mit deren Bildern, Exc. Moritz Schmidt sprach die Glückwünsche der Deutschen laryngologischen Gesellschaft aus und machte dem freudig überraschten Jubilar Mittheilung von einer durch Beiträge seiner Fachgenossen aufgebrachten „Bernhard Fränkel-Stiftung“, deren Erträgnisse dazu verwendet werden sollen, alle fünf Jahre die bedeutendste Leistung auf dem Gebiete der Rhino-Laryngologie durch einen „Bernhard Fränkel-Preis“ auszuzeichnen. Im Namen der Berliner laryngologischen Gesellschaft, deren Mitbegründer der Jubilar ist und deren Vorsitz er seit ihrem Bestehen führt, erschien der Gesammtvorstand und überreichte eine prächtige Adresse. Glückwünsche und Adressen überbrachten ferner: für die Wiener laryngologische Gesellschaft Chiari, für die Londoner laryngologische Gesellshhaft Semon, für die Dänische oto-laryngologische Gesellschaft Schmiegelow, für die Niederländische Gesellschaft Burger, für die Belgische Broeckaert, für die Süddeutschen Laryngologen Jurasz, im Auftrage der Stockholmer Gesellschaft Edm. Meyer, im Auftrage der Amerikanischen Gesellschaften A. Alexander u. s. w. Telegraphische und briefliche Glückwünsche liefen von sämmtlichen anderen nicht durch Abordnungen vertretenen Vereinen und Gesellschaften ein, einige, wie die Moskauer und Petersburger Gesellschaften, übersandten das Diplom der Ehrenmitgliedschaft, andere, wie die Società Medico-Chirurgica di Bologna, die Ernennung zum correspondirenden Mitglied. Die Redaction der Berliner klinischen Wochenschaft überreichte eine Festnummer mit werthvollen Beiträgen von Semon, v. Schrötter, Killian, Chiari, Lermoyez, Massei, Onodi; eine Festnummer der Zeitschrift für Tuberculose überreichte deren Redacteur A. Kuttner. Es folgten die Vereine zur Bekämpfung der Tuberculose, denen der Jubilar in den letzten Jahren einen grossen Theil seiner Arbeitskraft gewidmet hat und die in ihm einen ihrer begeistertsten und thätigsten Förderer sehen: der Volksheilstättenverein vom Rothen Kreuz, vertreten durch den Viceoberceremonienmeister v. d. Knesebeck, die Internationale Vereinigung gegen die Tuberculose, die Dettweiler-Stiftung, das Centralcomité zur Bekämpfung der Tuberculose, vertreten durch den bayerischen Gesandten Graf Lerchenfeld, der Berlin-Brandenburger Heilstättenverein u. a. m. Eine Anerkennung speciell für seine Thätigkeit auf dem Gebiete der Tuberculosebekämpfung bedeutete auch ein in sehr ehrenden Worten abgefasstes Telegramm, das der Jubilar von I. Maj. der

Deutschen Kaiserin erhielt. Allen Gratulanten, die während des fast vierstündigen Empfanges in ununterbrochener Reihenfolge an ihm vorüberzogen, antwortete der Jubilar mit stets gleichbleibender Frische und Schlagfertigkeit.

Mittags 2 Uhr fand in Gegenwart von Vertretern des Ministeriums, der medicinischen Facultät, der dirigirenden Aerzte der Charité, des Militär-Sanitätscorps, sämmtlicher auswärtiger Gäste mit ihren Damen, der Berliner Laryngologen und einer grossen Zahl sonstiger geladener Gäste im Kaiserin-Friedrich-Haus die Eröffnung der rhino-laryngologischen Ausstellung statt, die von den Assistenten des Jubilars ihm zu Ehren veranstaltet worden ist. Nach einer Ansprache, in der Edm. Meyer die Entstehungsgeschichte und die Ziele dieser Ausstellung auseinandersetzte, und nach einer Erwiderung des Jubilars, der diese Gelegenheit benutzte, um seine Ansicht von dem Verhältniss der Specialdisciplin zur Gesammtmedicin zu betonen, erfolgte ein Rundgang durch die Ausstellung. Wir werden ihr in einem Leitartikel der Januar-Nummer eingehende Würdigung zu Theil werden lassen; das können wir aber heute schon sagen, dass sie, soweit sich dies durch eine solche Veranstaltung überhaupt erreichen lässt, ihren Zweck, ein getreues Bild von der Entwickelung und dem heutigen Stand unserer Disciplin zu geben, nach allgemeinem Urtheil der über Erwarten zahlreichen Besucher trefflich erfüllt.

Am Abend des Festtages vereinte der Jubilar die ganze grosse Schaar der Gratulanten — über 150 Personen — in seinem gastlichen Hause, dessen Honneurs er, ungebrochen durch die mannigfaltigen Strapazen des Tages, mit jugendlicher Frische und stets gleicher Liebenswürdigkeit machte.

Personalnachricht.

An Stelle von Professor Okada (Tokio) tritt vom nächsten Jahre Professor Ino Kubo (Fukuoka) als regelmässiger Berichterstatter für die japanischen Arbeiten ein.

Namen-Register.*)

A.

Aaltsz **310**.
Aaser **383**.
Abbe **365**.
Abercrombie **200**, **217**.
Abraham, J. H. **327**.
Adler, J., **296**.
Aeschbacher **231**, **266**.
Ahrent **40**.
D'Ajutolo **238**.
Albers-Schönberg **172**.
Albrecht **305**.
Alexander, A., **234**, 310, **450**.
Alfvén **139**, **225**.
Allezais **386**.
Anderson **466**.
André, J. M., **85**.
Anton, W., **325**.
Antony **152**.
Arnheim **344**.
Aron **412**.
Arrowsmith 323.
Atherton **428**.
Aubaret **218**.
Aubin **25**.
Auché **19**.
Auer **433**.
Avellis **210**.

B.

Babes, Creswell 34, 35.
Babington **348**.
Badanowski **429**.
Baer **342**.
Bagge **3**.
Bairaschewski **373**.
Bakaleinik **310**.
Balás 87.
Balini **344**.
Ball 37, 157.
Ballenger **456**.
Ballin **267**.
Bandi **426**.
Bar **72**.
Barani 68.
Barbará **6**.
Barclay **189**, **471**.
v. Bardeleben, K., **50**.
Bargellini **339**.
Barnes **360**.
Baron **268**.
Bartel **291**.
Barth, A., **260**.
Barth, E., **185**, 187, 377, **465**, **466**.
Barwell **38**, **100**, 160, **161**, 162, **196**, 350, **352**.
Bastow, D. M., **134**.
Bath, W., **136**.
Baumann **54**, 335.
Baumès 348.
Baumgarten **17**, **142**, 202, **341**, 355, **362** **363**, **466**.
Baurowicz **12**, **325**.
Bayer **168**, 398, **474**, 476.
Beale 32, 34.
Beals **260**.
Le Bec **305**.
Beck, J. C., **254**.
Beco **209**, 271, 273, **275**, 398, 403, **406**.
Beebe, S. P., **233**, **384**, **471**.
Behaegel **180**.
Behrens, B. M., **123**.
Beitzke **413**.
Bell **211**, **252**.
Benedict 58.
Bennett 34, **359**.
Bentzen 110, **447**.
Bérard **432**.
Bergh **180**, **188**.
Berens, Passmore, 117, **249**.
Bergengrün **49**.
Berger **248**.
Bernard **429**.
Bernhard **356**.
Bertelli **412**.
Biaggi **258**.
de Biehler **423**.
Bilik **465**.
Billings **141**, **225**.
Binder **217**.
Birkett, H. S., **54**, **112**, 325.
Birt **183**.
Black **60**, **92**.
Blanc, F., **132**.
Blandian 276, **278**.
van Bleyenbergh **183**, **226**.
Bliss, A. A., **118**, 119, **252**.
Bloch **41**.
Blodgett **224**.
Bloebaum **172**.
Bloodgood **432**.
Blum **102**, **228**, **374**.
Blumenfeld 156, 356.
Blumenthal **99**.
Bluyden **233**.
Bobone **139**.
Bogart **470**.
Bogoljubow **284**.
Boissonas **91**.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

v. Bokay **230**, 382, **412**.
Bolter **232**.
Bolton **226**.
Boon **318**.
Bonain **71**.
Bonget **376**.
Börger **234**.
Boros **141**.
Bosse **386**.
Botella 36.
Bourganel **339**.
Boulay 406, **412**.
Bouyer **407**.
Boval **391**.
Bowe **93**.
Bowler **14**.
Bradshaw **414**.
Braillon **374**.
Brat **317**.
Brayer **10**.
Brewer, G. E., **59**.
Breyre 275, 276, 277.
Mc. Bride 29, **133**.
Brindel **261**, **342**.
Broca **183**.
Broekaert **16**, **22**, **70**, 82, 88, 89, **217**, 218, 219, 235, 271, **272**, 274, 277, **292**, **370**, **393**, 396, 397, **404**, **407**, **428**.
Bronner, Adolf, 29, 32, 33, 198.
Brown, Edgar D., **42**.
Brown, Edw. J., **13**.
Brown, L. M., **5**.
Brown, J. Price, 112, **119**.
Bruck **76**.
de Bruin **58**.
Brunard **183**.
Brunck **257**.
Brunett **442**.
Bryan 113, 117.
Bryant, J. jr., **152**, **268**.
Bryant, Alice G., **225**.
Buckley **178**.
Bucknall **92**.
v. Buday **9**, 53, 179.
Bulby **431**.
Bull **210**.
Bulling 170.
Buoni **430**.
Burchardt 48.
Burger 135, 178, 317, **466**.
Buschke **291**.
Buser **50**.
Büsing 338.
Buss **155**.
Butkewitsch **255**.
Butlin 36.
Buys **209**, **275**.

C.

Cahn **346**.
Calamida **50**, **238**, **334**.
Mc. Callum **64**, **308**, **345**.
Campbell **88**.
Campos **52**.
Canfield **44**, **175**.
Cangard **49**.
Capart **175**, **233**, 277, **278**, **329**, **397**, 398, 400, **403**.
Carle **420**.
De Carli **285**.
Carr **92**.
Carter **220**, **328**, **418**, **424**, **456**, **457**.
Caselmann **104**.
Casselberry, W. A., 113, 114, 116, **424**.
Castaneda **10**.
Castex 69, **70**.
Cathcart **34**, **162**.
Caubet **473**.
Cauzard **69**.
Cavalié **452**.
Caz 421.
Cester **74**.
Chaldecott **286**.
Chamberlin **336**.
Champeau **72**.
Chappell, Walter F., **112**, **121**.
Chariton **4**.
Charrin 64.
Chauffard **228**.
Chauveau **326**.
Chavasse **73**.
Cheval 276, **305**, **327**, 392, 403, 407.
Chiari, O., **1**, 35, 36, **216**, 315, 340.
Chiene 293.
Chipault 327.
Chodzko **100**.
Cholodkovsky **255**.
Choronshitzky **178**.
Christiani **21**, 22.
Ciaglinski 211.
Ciampolini **238**.
De Cigna **419**.
Citelli **57**, **142**, **229**, **230**.
Claar 171.
St. Clair **465**.
Claoué **75**.
Clark, Payson, **113**, 114, **143**.
Clarke, Th. W., **381**.
Claus **215**.
Claytor **63**.
Cline **425**.
Clyne **452**.
De Cneuville **128**.
Coakley, C. G., **43**, 114, 331.
Cobb **331**.
Coffin, L. A., **42**, 113, 117.
Coffin, Rockwell A., **254**.
Collet **53**, 72, **76**, **265**, **395**, 405, **473**.
Mc. Collom **56**.
Comby **426**.
Compaired **12**.
Concetti **139**.
De Constantin **300**, **425**.
Coolidge **193**.
Cordes **102**, **467**.
Coronedi **384**.
Coulon 22.
Courtade **70**.
Mc. Coy **118**, **253**, **457**.
Mc. Creery **469**.
de la Cruz **168**.
Mc. Cullagh **96**.
Cumston **55**.
Cunning **268**.
Cunningham **223**, **262**.
Curschmann **343**.
Curtis **191**, **213**, **333**, **384**.
Czermak 167. 205, 243. 279.
Czillag **103**.

D.

Dabney **217**.
Davies 96.
Davis 33, **37**, 135, **156**, **161**, 162, **462**.
Decros **363**.
Delahoussé **453**.
Delaunay **248**.
Delavan, B., **111**, **144**.
Delcourt **212**.
Delneuville **278**, **334**, 405.
Delsaux 69, **91**, **134**, **141**, 276, 317, **318**, 328, 332, **390**, **394**.

Delsaux, Carl Emil, 391.
Delstanche 127.
Le Dentu 336.
Depage 181, 182, 190, 248, 371.
Detot 227.
Diebold 245.
Dieu 252.
Digmann 87.
Dionisio 238.
Distefano 83.
Dobrowolski 430.
Dock 345, 470.
Dollinger 257, 365.
Donawan 418.
Donelan 159, 160, 351, 441.
Donogány 202, 292.
Dopter 225.
Dorendorf 16, 40.
Dornblüth 167.
Dorner 291.
Downes 471.
Downie, Walker, 36, 290, 379.
Dreschfeld, S., 191.
Drüner 90.
Duber 258.
Ducceschi 447.
Ducellier 324.
Duchesne 91, 401.
Dufour 183.
Dullinger 53.
Dunbar 129, 287, 289.
Duncan 65.
Dupuy 18.

E.

East 266.
Eckstein 366.
Eden 130.
Edmunds 5.
Edo 329.
Egger 172.
Egidi 426.
Eichholz 255.
v. Eicken 167, 473.
Einhorn 3.
Einis 248, 294.
Ellelt 217.
Ellermann 298.
Elsberg, Ch. A., 380.
Entz 464.
Erb, W. jr., 361.
Escat 59, 73, 146, 290.
Eschweiler 457.
Etievant 370.
Ewald 346.

F.

Fabian 357.
Fabre 464.
Falkner 362.
Fallas 1, 398.
Falta 174.
Faris 64.
Farlow 1, 116.
Federici 419.
Feigin 11.
Fein 316, 340. 379, 421, 439, 441.
Felix 222.
Félizet 66.
Féré 18.
Ferrari 136, 229, 469.
Fileston 472.
Finaly 193.
Finder 76, 304, 362, 464.
Finck 335.
Fischenich 438.
Fischer, Louis, 96.
Fischer, Bernh., 300.
Fischer, F., 301.
Flatau, Th. S., 19, 68, 105.
Fletcher, H. H., 267.
Fonck 10.
Fordyce 324.
Forselles 177.
Fortescue-Brickdale 84.
De la Foulhouze 61.
Fournié, J., 210.
Fox 32.
Fränkel, B., 106, 205, 234, 235, 279, 347, 348, 411.
Franz 414.
Frapenard 462.
Freer 45, 117, 132, 215, 253, 329.
Frese 369.
Freudenthal 323.
Freund 86, 105, 325.
Frey 69.
Friedmann 307, 337, 347.
Frischauer 262.
Funnicliff 223.
Furet 69, 408.
Fynant 127, 244, 372.

G.

Gabszevicz 144.
Gagnoni 139, 426.
Galpenin 253, 304.
Gaman 422.
Garcia 1, 243, 279, 281 321, 447.
Gardner 11, 286.
Garel 304, 379.
Gaudier 104, 337, 429.
Gautier 21.
Gavello 133, 262, 264.
Mc. Gaw 456.
Geeraert 265.
Gellé 72.
Gemusens 41.
Gerber 85, 213, 216, 413, 435, 449.
Georgiewski 60.
Gerdon 103.
St. Germain 63.
Gernsheimer 361.
Geronzi 15.
Gerst 170.
Gettich 377.
Getzowa 22.
v. Geuns 466.
Ghon 363.
Gilly 374.
Giron 221.
Glas 315, 340, 423, 439, 440, 441, 451.
Gleason, E. B., 131.
Gleitsman 114, 117. 340.
Glegg 333.
Gley 64.
Gluck 35, 36, 475.
Glücksmann 192, 310.
Göbell 342.
Golferichs 52.
Goerke 6, 39.
Goldschmidt 474, 475.
Goldstein 304.
Goodale 83, 103.
Goodwin 364.
Goris 190, 210, 271, 272, 274, 396, 400, 417.
Gorochow 463.
Gottheil 461.
Gottstein 279.
Goyanes 48.
Grabower 15, 16, 77, 279, 348.
Grabowski 290.
Gradenigo 68, 256.

Gräffner 279.
Grant, W. W., 180.
Grant, Dundas, 32, 34, 37, 156, 157, 158, 160, 161, 197, 349, 350, 441, 442, 443.
Grawitz 322.
Green 263.
Mc. Gregor 284.
Grélety 368.
Grönbeck 110, 477.
Gross 248.
Grossmann 316, 348, 440.
Groves 248.
Gruber 435.
Grünwald 4, 27, 97, 327, 333, 475.
Mc. Guire 311.
Guisez 273.
Gulikers 371.
Gulland 384.
Gutzmann 1, 19, 68, 78, 81, 186, 311, 373, 435, 436, 444.
Guye 69.
v. Györy 167, 205.

H.

Haane 65.
Häberlin 262.
Habershon 194.
v. Hacker 193.
Hahn 137.
Hajek 85, 132, 316, 440, 441.
Halász 20, 176, 184, 185, 216, 218.
Hald 88, 286.
Halkin, H., 220.
Hall, Havilland, 162, 163, 350.
Hall, Gaylord C., 251.
Halstead 82, 124, 457.
Hamburger 226, 377.
Hamilton 258, 376.
Hammer 83.
Hamonn 152.
Hannecart 192.
Hansberg 153, 154, 358.
v. Hansemann 322.
Hanszel 439.
Hardie, S. Melville, 94.
Hardon, Robert W., 267.
Hardouin 224.
Hare 286.
Haring 29, 197.
Harkness 322.
arland 98, 265.
Harris, Ross Allen, 448.
Harris, Th. J., 114, 119, 299, 324.
Hartley 103, 309.
Hartmann 66.
Haslund, A., 341.
Hay 333.
Head 5.
Heath 200.
Hecht 44.
Heckel 412.
Heinrichs 431.
Helbing 325.
Helferich 463.
Hellat 18.
Hemaide 392.
Henkes 225, 319.
Hennebert 127, 244, 252, 272, 273, 334.
Hennig 311.
Henrard 24.
Henrichsen 59.
Herausgebernotiz 6, 64, 243, 298, 364, 375, 383, 423, 434, 462.
Herd 432.
Herring 337.
Herron 222.
Hertz 99.
Heryng 244, 361.
Herz 3.
Herzfeld 363.
Herzfeld (New-York) 373.
Heubner 322.
Heveri 87.
Hewelke 211.
Heyer 171.
Heyerdahl 210.
Heymann, P., 1, 68, 205, 244, 279, 321, 347, 348, 444, 474.
Heyninx 175.
Higgins, H., 135.
Hill, F., 222.
Hill 33, 351, 354.
Hindes 298.
Hitz 48.
Hobbs 324.
Hochsinger 258.
Hoegg 310.
van der Hoeven 311.
Hofer 418.
Hoffmann, Richard, 46.
Hoffmann, Rudolf, 340.
Hofmann, Arthur, 459.
Hogg 413.
Hollinger 246.
Holmes 7, 193.
Hölscher 419.
Holz 420.
Hongardy 13, 14, 231.
Honneth 129.
Hoover 59.
Hope, Geo. B., 119, 130.
Hopman 141, 154, 155, 358, 378.
Horne, Jobson, 29, 96, 156, 160, 198.
Hubbard, Th., 112, 118.
Humblé 132.
Humphgry 191, 308.
Hunt 197.
Huntington 103.
Hurd 454, 457.
Hüssy 428.

I. J.

Jacob 97, 234.
Jackson 227, 294, 306, 469.
Jacques 227, 231, 327, 375, 417.
Jahr 171.
Jambon 326.
Jansen 50, 327, 331.
Jarecky 7.
Jaumenne 271.
Jauquet 137, 178.
Jeandelise 432.
Jersield 269.
Jerusalem 362.
Iglauer 90.
Ila 423.
Imhofer 11, 68, 224.
Ingals, Fletcher, 12, 62, 63, 113, 119.
Ingersoll 85.
Johnston 224.
Joly 173.
de Jong 466.
Joseph, Jaques, 86, 365.
Josué 361.
Jouty 340.
Juffinger 340.
Jubolske 374.
Jurasz 244, 436, 448.
Jutassi 8.
Iwanoff 464.
Iwanow 333.

K.

Kaesbohrer 299.
Kahler 86, 315, 439, 440, 441.
Kahn 471, 472.
Kálmán 3.
Kan 319.
Kaplan 184.
Katz, Leo, 124.
Katzenstein 348, 349, 427.
Kasansky 153.
Kauffmann 417.
Kausch 380.
Keiller 345.
Keiper 223.
Keller 357.
Kelly 214, 353, 414.
Kelson 156, 157, 162, 164, 200, 350, 441, 443.
Kerley 303.
Mc. Kernon 118, 177.
Kerrison 420.
Kiaer 313, 314, 469.
Killian 47, 50, 113, 117, 132, 253, 276, 327, 331, 333, 436, 437, 454.
Kindervater 410.
King, Gordon, 114.
Mc. Kinney 289.
Kirchner 321.
Kirmisson 104.
Kirschner 366, 457.
Kisel 295.
Klein, W., 110, 313, 314.
Klotz 285.
Knight, Ch. H., 106, 118, 131, 177, 289.
Kob 188.
Kocher 91, 266, 396.
Koellreutter 143, 330.
Kofler 439.
Kohler, J., 205, 243, 348.
Kolipinski 368.
Kopetzky, S. J., 177, 247, 452.
Koplick 302.
Kormann 4.
Kornfeld 323.
Koschier 144, 306.
Kotschanow 293.
Kozaczek 329.
Kreneles 291.
Krieg 430.
Kronenberg 155, 187, 356.
Krüger 444.
Kub 309.
Kuhn 294, 438.
Kuhnt 331.
Kümmel 434.
Kummer 21, 22.
Kuttner 234, 341, 348, 349.
Kyle, Braden, 111.
Kyle, John J., 257.

L.

Labarre 391, 394.
Labarrière 76.
Lacoawet 421.
Lack, Lambert, 28, 32, 33, 34, 38, 157, 160, 163.
Lafon 218.
Laland, Geo. A., 114.
Lamann 167.
Lamb 57, 184.
Landesberg 378.
Lange, Victor, 67.
Lange (New-York) 420.
Langelaan 84.
Langhans 22.
Langstein 231.
Lanz 311.
Large, H., 42.
Laub 362, 374.
Laurent-Clarc 12.
Lavrand 45, 71, 187.
Law, Edw., 32, 37.
Layson, L. C., 140.
Lecocq 390.
Lederman 453.
Lénart 7, 30, 292.
Lennhoff 78, 234, 459.
Lenoble 268.
Leonard 46, 56.
Lépine, J., 100.
Lerda 148.
Lermoyez 89, 397, 403.
Leto, Luigi, 303, 373.
Leuriaux 19.
Levings, A. H., 179.
Levy, Robert, 289, 455.
Lewis 285.
Lieven 357, 358, 415.
Lind 438.
Lindquist 152.
Lippmann 54.
Lipscher 31, 201, 218, 354.
Littlewood 67.
Löb 416.
Lodge 30.
Loeb 39, 130.
Loewi, O., 40.
Logan 114, 327.
Löhnberg 356.
Lombard 74.
Lomex 192, 346.
Lommel 468.
Longfellow 259.
Longworthy 463.
Lotheissen 385.
Lothrop 371.
Lövi, J., 142.
Low, St., 443.
Lubet-Barbon 70, 369, 408.
Lubosch 4.
Luc 74.
Lunn 37.
Lüthi 189.

M.

Maag 338.
Maas 185.
Macaush 65.
Macdonald, Greville, 29.
Mackenzie, Dan, 200.
Mackenzie, John, 2, 5, 144, 469.
Magnus 384.
Mahu 70, 90, 366, 405.
Makuen 19, 261.
Malcomber 460.
Malherbe 73.
Manasse 189.
Mandl 379.
Mankiewicz, O., 205, 234, 348.
Marage 19.
Maragliano 376.
Marangos 61.
Marcano 290.
Marcelli 239.
Marie 233.
Le Mars 7.
Marine 381.
Marsh 323.
Martin 55, 249.
Martuscelli 229, 236, 374.
Marx 358.
Massei 188, 252, 265.
Massier 76.
Mathieu 302.
Mauclaire 347, 431, 473.
Mayer 181.
Mayer, Emil, 112, 113, 118, 119, 168, 214, 227, 381, 450.

Mayer, Martin, 137.
Mayo. Ch. H., 266, 267.
Mazzeo 427.
Means, C. S., 133, 418.
Megnon 430.
Meltzer 433.
Mendel 60.
Mendini 290.
Menschikow 219.
Menzel 213, 439, 440.
Mercier 332.
Merckx 273, 406, 407.
Mermod 71.
de Merveilleux 82.
Meyer, Edm., 77, 78, 79, 145, 234, 392, 444, 450.
Meyer, H., 40.
Meyerhof 219.
Meyes 14, 320.
Meyles 12.
Meynet 422.
Mikulicz 24.
Mignon 72.
Milligan 37, 47.
Mindowski 11.
Minkema 319.
Minor 210, 292.
Minz 251.
Mitchell 95.
Moffitt 65, 149.
Molle 340.
Möller 142, 478.
Molinié 71.
Molitor 55.
Moncayo 126.
Monnier 70.
Monserrat 383.
Montgomery 138.
Montot 373.
Moraweck 258.
Morestin 251.
Morgan 180. 268.
Mori 146.
Moritz 43.
Morris, R. S., 168.
Mort 17.
Morton 381.
Moschcowitz 306.
Moses 358.
Mosher 249, 330.
Moskowitz 44, 126, 299, 467.
Most 284, 387.
Mounier 40.
Moure 25, 35, 36, 75, 198, 372, 393, 396, 397, 398, 403.
Moussu 64.
Mroney 254.
Muck 129.
Muckey, L. S., 130.
Mühlberger 1.
Mulford 289.
Muls 182.
Munro 45, 216.
Murphy, John B., 190.
Musehold 444.
Mussen, A. T., 56.
Mygind 246, 429.
Myles, Robert C., 115.

N.

Nakayama 185.
Narath 63.
Nauwelaers 212.
Navratil 30, 31, 88, 89, 359, 434.
Nehab 155.
Nelson 222.
Némai 143.
Nerking 64.
Neubauer 303.
Neuenborn 154, 358.
Neumann (Kiel) 294.
v. Neumann (Wien) 323.
Neumayer 24.
Niles 224, 288.
Niskijama 15.
Noever 194.
Nolan 58.
Noll 148.
Nordentoft 343.
Nörregard 478.
Nourse, Chicale, 200, 442.
Nowak 147.
Nowotny 230.
Nynlasz 220.

O.

Oegny 227.
D'Oelnitz 66.
Ohm 429.
Ohmann 337.
Okuneff 54.
Olivieri 379.
Oltuszewski 386.
Onodi 16, 30, 45, 49, 89, 175, 213, 327, 354, 385, 415, 464.
Orlandini 238, 239.
Ottila 268.
Ouston 199.

P.

Pack 257.
Packard 118, 120.
Pacyna 415.
Paget 33, 34.
Panton 223.
Panzer 415.
Park, W. H., 376.
Parker 31, 32, 35, 164.
Parmentier 212, 223, 398.
Passow 333.
Pasteur, W., 138.
Paulsen 435.
Pauner 188.
Paunz 48, 61, 62, 173, 217.
Peake, A. W., 255.
Pease, H. D., 301.
Pegler 96, 157, 163, 198, 199, 253, 352, 443.
Peiser 102.
Perl 366.
Perna 451.
Perrin 374.
Peters 354.
Pfahler, G. E., 309, 337, 384.
Pfeiffer 343.
Phillips, W. C., 124, 176, 290.
Pick 69.
Pieniazek 82, 244, 342.
Pilsburg, L. B., 86.
Pincherle 140.
Pinkus 100.
Pireca 148.
Piret 138.
de la Play 146, 183.
Plomen, G. K., 448.
Plummer 233.
Pluyette 386.
Poli 37, 238, 263.
Pollak 344.
Pollatschek 3, 97, 173, 177, 202.
Pólya 144.
Polyak 216, 354, 359.
Pons 24.
Ponthière 75, 76, 273.
Ponticaccia 140.
Ponzo 136.
Popper 284.
Porcher, Peyre, 112, 265.
Porter 59, 326.
Posey 213, 326.

Potter 33, 163, 351, 441, 442.
Potter, N. B., 259, 375.
Pouchet 64.
De Pouthière 408.
Powell 33, 34, 37, 350.
Pozzi 248.
Prausnitz 287.
Preindlsberger 11.
Preiser 308.
Preobrachenski 17.
Preysing 409.
Princeteau 381.
Prinz 179.
Pröbsting 356.
Prota 58, 134.
Prym 137.
Puccioni 331.
Pugh, W. G., 139.
Purseigle 304.
Pusateri 239, 299.
Pusey 252.
Putnam 433, 434.
Pynchon 94.

Q.

Quix 317, 318.

R.

Rabourdin 323.
Rahner 20.
Ramm 253.
Ramsey 465.
Rancoulé 134.
v. Ranke 146.
Ranum 9.
Ranzi 52, 344.
Raugé, P., 418.
Rayner 323.
Reclus 461.
Reichel 151.
Reinhard 154, 229, 357.
Reipen 358.
Reitenwald, T. T., 311.
Renault 287.
Renner 252.
Renshaw, K., 307.
Réthi 68, 142, 256, 303, 316, 367, 459.
Retzius 90.
Reusner 246.
Reuter, C., 82.
Rhodes 264.
Ricciardelli 221.
Riccioli 258.
Rice, C. C., 57.
Richards 117.
Richards, Geo. L., 43, 330.
Richardson, Ch. W., 112, 119, 453.
Richardson, Herbert, 107.
Richardson, J. J., 81.
Riche 212.
Richelot 311.
Richon 432.
Riciard 224.
Ring, Gordon, 143.
Rivière 336.
Roberts 300.
Robertson, W. N., 248.
Robinson 33, 34, 37, 157, 158, 159.
Roe, John O., 88, 112, 116, 250.
Rogers, J., 111, 145, 232, 384.
Rohmer 250, 365.
Rolleston 25, 55, 260, 416.
Rooth 285.
Röpke 26, 155.
Rose, A., 131.
Rosenberg, A., 79, 348, 444.
Rosenhaupt 140.
Rossi 299.
Rossi-Marcelli 415.
Rostock 468.
Roth, W., 7, 316, 439, 453.
Rottenbiller 138.
Rougé 327.
Roy 172.
Royer, B. J., 56.
Royster 298.
Ruault 75.
Ruch 190.
Ruggero 255.
Ruprecht 57.
Rzentkowski 361.

S.

Sabatier 228.
Sablé 336.
Sacher 171.
Sachs, B., 295.
Sagebiel 452.
Saint-Hilaire 69.
Saitta 60, 379.
Sales 170.
Sand 451.
Sanders, E. W., 382.
Sänger, M., 170.
Sangster, G. G., 359.
De Santi 33, 34, 35, 36, 156, 160, 162, 163, 351, 353.
Sarbach, J., 190.
Sartirana 249.
Sauerbruch 23, 24.
Saundby 236, 349.
Savage 222.
Sawyer 288.
Sbrocchi 422.
Schadelle 372.
Schadle 335.
Schaeffer 68.
Schatz 176.
Scheiber 259.
Scheier 444.
Schein 86.
Scherber 168.
Schiffers 398, 400.
Schilling 295.
Schimanski 418.
Schmidt, C., 357.
Schmidt, V., 4.
v. Schmieden 382.
Schmiegelow 110, 211, 313, 314, 477.
Schoetz 78, 348.
Scholle 331.
Schossberger, S., 181, 295.
Schourz 91.
Schreyer, Osc., 137.
Schroetter, H. von, 86, 342, 380, 438.
Schroetter, L. von, 205.
Schultz, Paul, 16, 102, 440.
v. Schumacher 184.
Schwarz 303.
Sebileau 46.
Segre 187.
Seidel 257.
Seifert, O., 127.
Semon 1, 29, 32, 33, 34, 36, 124, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 205, 243, 350, 352, 450.
Senator 18, 78, 347, 444.
Sencers 386.
Sendziak 211, 244, 247.
Seyffert, M., 300.
Sevestre 146.
Sgobbo 264, 424.
Sharp 285.
Shaw 191.

Shedell 448.
Shepherd 385, 432, 471.
Shoemaker 337.
Sholly 364.
Shurly 447.
Siebenmann 476.
Signorelli 339.
Sill, E. M., 303, 418.
Simonescu 370.
De Simoni 425.
Simpson 15, 114.
Sinding-Larsen 89.
Sinexon 174.
Singer, G. 188.
Sinks 265.
Sinnhuber 84.
Skillern 98.
Slavinski 307.
Sluder 455.
Smith, E. T., 334.
Smith, F., 461.
Smith, H. L., 181.
Smith, Harrison, 341.
Smurthwaite 37, 161, 162, 198.
Sokolow 9.
v. Sokolowski 99, 269.
Solly, S. E., 305.
Somers 54.
Sommer, G., 297.
Sondermann 40, 128, 368.
Sorrentino 91.
Sota y Lastra 10.
Southworth 303.
Spaer 286.
Spicer, Scanes. 29, 32, 33, 96, 160, 161, 164, 197, 198, 350, 352, 442.
Spiess 360, 368, 428.
Spisbarny 463.
Spokes 180.
Sprague 419.
Springer 13.
Srebny 100, 179.
Stadler, Ed., 344.
Stein 130, 366.
Stein, C., 416.
Stein, Otto J., 40, 98.
Stein, Saxtorph, 98.
Steiner, M., 201, 369.
de Stella 270, 318, 403.
Stenger 220.
Sternberg 136, 459.
Sterne 289.
Stevani 260.
Stevenson, D. A., 148.
Stewart 33, 35.
Stolte 132, 329.
Stotzer 127.
Straui 323.
Street, St. Clair, 96.
Streit 449.
Strubell 44.
Struyken 318, 319.
v. Stubenrauch 383.
Stucky 127, 213.
Stüve 301.
Suarez de Mendoza 70.
Suckstorff 453.
Sultan 52.
van Swieten 400.
Swain 114, 123.
Syme 197, 198.
Symonds 36, 156, 158, 159, 161, 442.

T.

Tanturri 302, 307.
Tapia 101.
Taylor 147, 308.
Terry 105.
Tescione 189.
Texier 73, 405.
Thanisch 361.
Theilung 182.
Theisen, C. F., 112, 117, 228.
Theodoroff 260.
Thirier 127.
Thomas 375.
Thompson 232.
Thomson, St. Clair, 8, 32, 34, 36, 37, 74, 135, 158, 162, 163, 197, 198, 331, 352.
Thorne 34, 37, 157, 162, 163.
Thrasher 469.
Tichow 291.
Tilley, Herbert, 29, 32, 34, 35, 43, 158, 197, 442.
Toeplitz 291.
Toldt 50, 135.
Tommasi 220, 238, 293.
Torday 368.
Torres 219.
Toubert 327.
Tovölgyi 18, 102, 176, 185, 201, 430.
Trap-Meyer 345.
Tretrop 75, 271, 275, 276, 277, 391, 393, 403, 408.
Trouilleux 52.
Trusch 384.
Tsakyroglous 172.
Tschekan 24.
Türck 167, 205, 243, 279.
Turner, Logan, 47, 340.
Tyson 345.

U.

Uhthoff 365.

V.

Vacher 71.
Vaillard 70.
Valagussa 426.
Vallack 300.
Vallentin 416.
Variot 7.
Vaston 284.
Vigier 367.
Villard 56.
Vincent 137.
Viollet 97, 228.
Vladár 368.
Vohsen 367.
Voltolini 279.
Voos 178.
Vörner 3, 449.
de Vries 84.

W.

Waggett 33, 34, 158, 159, 160, 161, 442.
Walb 218.
Waldmann 219.
Wallace 200.
Wassermann 11.
Wassmuth 171.
Waterman 470.
Watson 64.
Weaver 223.
Weglowski 385.
Weichselbaum 363.
Weil, M., 254, 316.
Weill 374.
Weiss 170.
Welty, Cullen F., 87, 250.
Wendel, W., 152.
Wenzel, R. M., 44, 335.
Werner 438.
Westenhoeffer 54, 321, 367.

Wester, J. J., **20**.
Westermann **105**.
Westmacott 157.
Whalen **466**.
Wheelock **160**.
Whipman 25.
White, L. E., **132**.
Wiedel **229**.
v. d. Wielen **466**.
Wiesner **289**, **300**.
Wild 30, **149**, 438.
van den Wildenberg **270**, **274**, **394**, 408.
Wilkenson **13**.
Williams, Watson, 29, **38**, **95**, 197, 198, **352**.
Wilson 55, **186**, **422**.
Winckler 436.
Wingrave, Wyatt, **200**, 201, 443.
Winternitz 62, **104**.
Wirschubski **210**.
Wirth 435.
Wodon **97**.
Wolff **287**, 368.
Wolinzew **294**.
Woltman **251**.
Wood, G. B., **93**, **296**, 417.
Wood, W. Atkinson, **251**.
Wood. Walter C., **268**.
Woodbury 5.
Woods 160.
Worstell **460**.
Wright, Jonathan, 94, **297**.
Wunsch **133**.

Y.

Yankauer 455.
Yonge **128**.
Yzerman 370.

Z.

Zagger **336**.
Zalewski, Th., 363, **427**, **468**.
Zarnikow **205**, 453.
Zegers **129**.
Zia-Noury **60**.
Ziliacus **107**.
Zimmermann **421**.
Zuckar 338.
Zucker **259**, **300**.
Zuckerkandl **254**, 377.
Zumbroich **156**.
Zwaardemaker 19, 318.
Zwillinger 8, **31**, 355, 428.

Sach-Register.

A.

Abductoren, die Hinfälligkeit der — 15, 16; rechtsseitige Lähmung der — 158; doppelseitige Lähmung der — 313.

Actinomycose der oberen Luftwege 248, 340, 431.

Adenoide Wucherungen 6, 7, 8. 133, 134, 135. 418, 419; Leukocytenformel bei — 419; Einfluss der — auf Gaumenbildung 51; die — und Schulhygiene 69; — und Contrarespiratoren 134; — beim Säugling 7; — beim Erwachsenen 134, 163; — beim Greise 7; — und Laryngismus stridulus 58, 134; — und Enuresis nocturna 67, 420; — und Schwerhörigkeit 420; Chorea und Exophthalmus bei — 420.

— Instrumente zur Entfernung von — 8, 421, 439; s. a. Instrumente.

— Operation der — 7, 8, 419, 421; beim Erwachsenen 73; Nachbehandlung nach — 7; Anästhesie bei — 8.

Adenopathien bei Nasenkrankheiten 72.

Adrenalin 40, 285, 362; — zur Behandlung von Larynxtuberculose 265; — bei Heufieber 288; Arterienerkrankung nach Injection von — 361; — bei Basedow'scher Krankheit 471.

Aethyloform 127.

Alypin 127, 362.

Anästhesie, locale, s. a. Cocain, Stovain, Alypin 41, 127, 362; Einfluss der — auf den Geschmack 136; allgemeine — mit Aethylchlorid 42, 286, mit Aethyloform 127, mit Aether 286, bei Adenoidoperationen 425.

Anästhesin, bei der Behandlung der Larynxtuberculose 97, 98.

Aneurysma der Aorta 37.

Angina 487; — der Rachenmandel s. Rachenmandel; — verursacht durch Pneumokokken 138; — bei Scharlach 298; — und Appendicitis 423; — und Polyarthritis 138, 223, 296; Behandlung der — mit Saugtherapie 127.

— phlegmonöse 423.

— ulceröse 138.

Angina Ludovici 10.

Angina Vincenti 137, 223, 298.

Aphasie 18.

Aphonie, spastische — 185, 186, 466.

Argyrose der Schleimhaut 279, 414.

Articulation, Störung der — 185.

Aryknorpel, Dislocation des — 261; Carcinom des — 38, 70.

Asthma 210; — und Heufieber 131; — und Knochenblase 176; nasales — 248; Athemtypus bei — 317.

Athmung, Centrum der — 447; Physiologie der — 81; — bei Adenoiden 134; künstliche — 448; s. a. Mundathmung.

Autoskopie bei Strumen 150, bei Trachealstenose 314.

Avellis'scher Symptomencomplex 263.

Augenkrankheiten, Zusammenhang der — mit Nasenerkrankungen s. Nasenkrankheiten und Empyeme der Nasennebenhöhlen.

B.

Basedow'sche Krankheit 103, 191, 232, 345, 470; die Nebenschilddrüsen bei — 191, 308; medicamentöse Behandlung bei — 345; Röntgenbestrahlung bei — 309, 384; Thyreodectomie bei — 103, 191, 267, 309, 384, 385; Serumbehandlung der — 232, 233, 309, 310, 345, 384, 470, 471.

Bericht, statistischer, vom Johannishospital in Brüssel 2, vom Königin Elisabeth-Sanatorium 3, von der Brüsseler chirurgischen Klinik 210, vom Hospital der „Infirmerie" 244.
Blutstillung durch Gelatine 3, durch Kalipermanganat 3.
Bronchien, respiratorische Bewegungen der — 63; äussere Fistel der — 270; Stenose der — 344.
— Fremdkörper in den —: s. Bronchoskopie; Lungengangrän infolge — 381.
Bronchoskopie 61, 62, 63, 114, 167, 188, 189, 230, 319, 356, 380, 381, 382, 437; — bei Syphilis der oberen Luftwege 229; neue Instrumente zur — 381.

C.

Canalis cranio-pharyngeus 9.
Choane, angeborener Verschluss der — 325, 326.
Choanalpolyp s. Nasenrachenraum.
Chromsäure, Anschmelzung der — an die Sonde 171.
Conchotomie 177.
Cornage beim Pferde 20.
Coryza, acute 367; spastische — mit Paraffin behandelt 287; die — der Säuglinge 367, 368.
Crico-arytaenoidgelenk, Arthritis im — 340; Fixation im — 442.
Crico-thyreoideus, Lähmung des — 429.
Croup 14, 15, 55, 56, 183, 184; — als Complication von Cerebrospinalmeningitis 114; Intubation bei — 14, 56, 377, 426; Complication des — mit Trachealabscess 183; — mit laryngo-trachealer Phlegmone 183; Tracheotomie bei — 14, 56.

D.

Dacryocystitis nasalen Ursprungs 173.
Dacryocystorhinostomie 238.
Decanulement, erschwertes — 382, 383, 426.
Diabetes, Symptome des — im Munde 179; Beziehung des — zu Affectionen der oberen Luftwege 277.
Diphtherie 13, 14, 15, 55, 95, 182, 183, 225, 259, 260, 300; Meldepflicht bei — 96; Sehnenreflex bei — 55; — beim Greise 183, beim Säugling 465; Statistik der — 13, 182, 183, 300, 338; laryngo-tracheale Phlegmone bei — 183; Complicationen der — 55, 465; seitens Nase und Ohr 56, 154, 226, seitens des Herzens 226; Stimmbandverwachsung nach — 111; Todesursachen bei — 301; Behandlung der — mit Antitoxin 96, 141, 225, 259, 301, 338, 376, 465; mit Medicamenten 376, mit Intubation 14, 15; Serumprophylaxe der — 339.
Diphtherie der Nase, s. Nasendiphtherie und Rhinitis fibrinosa.
Diphtheriebacillen, Färbung der — 139; Verhalten der — gegen Temperaturen 139, 225; Wirkung der — 465.
Diphtherieserum s. a. Diphtherie; antibakteriell wirkendes — 139, 140; Effect des — bei wiederholter Erkrankung 259; die antitoxische Werthabnahme des — 140; das — bei Chorea 376; Exanthem nach — 140, 141, 260; Nephritis nach — 376; locale Wirkung des — 225; Anwendung des — per os 260; verbessertes und concentrirtes — 376.
Diphtherische Lähmungen 56, 226, 377; — und Serumtherapie 318, 426.
Drüsenfieber, das — 212.
Ductus submaxillaris, Verlegung des — 255.
Ductus thyreo-glossus, Cyste des — 157; Durchgängigkeit des — 374.
Dyspnoe, reflectorische inspiratorische — 40, 163.

E.

Elektrolyse bei Missbildungen d. Nase, des Rachens und der Zunge 477.
Epiglottis, Bewegungsmechanismus der — 377; die Tumoren der — 304.
— Carcinom der — 38, 351.
— Cyste der — 142.
Epistaxis s. Nasenbluten.
Ethmoidectomie 218.
Eunuchenstimme 18.

F.

Foetor ex ore, verursacht durch Erkrankung der Rosenmüller'schen Gruben 133.
Formalin zur Behandlung der oberen Luftwege 40.

G.

Galvanokaustik, die — zur Behandlung von Nasenkrankheiten 5; Complication der — 76; — zur Behandlung von Rhinophym 172; Missbrauch der — 324.

Gaumen, weicher, s. Gaumensegel; — Aetiologie des hohen — 41, 157; — Mischgeschwulst des — 373; temporäre Resection des — 52; Zerstörung des — 110; Defecte des —, s. Gaumenspalte; harter Schanker des — 373.
— Angiom des — 160, 163.
— Neurofibrom des — 347.
— Sarkom, melanotisches, des — 257.

Gaumenbogen, angeborene Perforation des — 52; Perforation des — nach Scharlach 138; Papillom des — 230.

Gaumenmandel s. Tonsille.

Gaumennaht 52, 181, 257, 372.

Gaumenpapille, die — beim Menschen 255.

Gaumensegel, Innervation des — 256; secretorische Vorgänge am — 256, 459; Verwachsung des — 154, 372, 373; Perforation des — nach Scharlach 138; angeborene Insufficienz des — 373; Mischgeschwülste des — 462.
— Angiom des — 70, 72.
— Carcinom des — 299.
— Lähmung des — 71; mit Abductorlähmung 158; mit Recurrenslähmung 187, 263, 350; bei Tabes 428.
— Melanom des — 181, 182.
— Tuberculose des — 70.

Gaumenspalte, sprachärztliche Untersuchung bei — 257; Operation der — 52, 181, 257, 372.

Genickstarre s. Meningitis cerebrospinalis.

Geruchssinn, der — bei Stirnhöhlenempyem 239.

Gesang, Physiologie des — 19.

Geschmack, Prüfung des — 136; Einfluss der Anaesthetica auf den — 136; Physiologie des — 459.

Geschmacksknospen 136.

Glossitis, acute 258, 375; interstitielle — 258.

Glottis, Oedem der — 119, 227.

Gomenolöl bei Lungentuberculose 61.

Gustometer 136.

H.

Hals, Lymphgefässe des — 168, 387, 474; Teratom am — 284; Myxo-Chondrom am — 336; Fall von durchgeschnittenem — 359, 398; Tumoren am — 359; Sepsis des — 462.

Halscysten 82, 212, 284.

Halsdrüsen, Schwellung der —, s. Lymphadenitis; Tuberculose der — 284.

Halsphlegmone 212.

Halsrippen, Fall von — 82.

Hemiatrophia facialis 210.

Heufieber 130, 287; — und Asthma 131; das — als Ethmoiditis betrachtet 130; Behandlung des — mit Pollantin 118, 129, 130, 131, 287, 289; mit Atropin und Strychnin 129; mit Acid. nitro-muriaticum 131; durch Wattefilter 130; mit Kohlensäure 131; mit Adrenalin 288; mit Leberthran 288; mit Natronbicarbonat 289; mit Schilddrüsentabletten 474.

Highmorshöhle, Inspection der — 214; Septum der — 271; Neubildung in der — 162, 216; Cyste der — 439; syphilitische Erkrankungen der — 326; Zahn in der — 329; maligner Tumor der — 349.
— Fremdkörper in der — 45, 217, 319.
— Psammom der — 45, 216.
— Sarkom der — 46, 216.

Highmorshöhlenempyem 43, 44, 115, 214, 215, 277, 329, 330, 395, 405, 408, 409; dentaler Ursprung des — 44; käsiges — 405; Complication des — mit Amaurose 45; Complication des — mit Mittelohrentzündung 277; Katheterismus bei — 275; — und Osteomyelitis 394, 408.
— Operation der — 44, 45, 215, 216, 276, 329, 395; von der Nase aus 72, 215, 330.

Husten, extrapulmonäre Ursachen von — 81; Mechanik des — 412.

Hydrorrhoea 287; behandelt durch heisse Luft 368.

Hypopharyngoskopie 473.

Hypophyse, Beziehungen der — zu den Rachengebilden 52.

I. J.

Jacobson'sches Organ 84.

Jahresbericht s. Bericht, statistischer.

Ictus laryngis 17, 466; — bei Larynxtuberculose 264.
Instrumente: elektrische Stirnlampe 128; portativer Beleuchtungsapparat 271; Kehlkopfmodell 148; Nasenmodell 178, 390; Kopfstütze für Operationen 135, 220; Spritze zur submucösen Cocaininjection 234; Instrumententisch 325; Installation für Licht und Galvanokaustik 325; Inhalationsapparat 354, 361; aseptische Verbandtasche 393; Gesichtsschirm 393; Taschenbatterie 393; Spartransformator 393; Sterilisator 394.
— für die Nase: Nasenspiegel 355; Spritze für Oelinjectionen 69; Vaselinspray 160; Conchotom 354; Nasenoperationsstativ 436; Nasenspüler 459; Polypenzange 4; Doppelmeissel 178; Zange 178; für die Oberkieferhöhle 4, 199, 214, 354; für die submucöse Septumresection 254, 436, 457.
— für den Nasenrachen: Zange 8, 135, 393; Curette 8, 135, 355, 421, 439.
— für die Mundrachenhöhle: Spatel 69; Zungenhalter für Narkose 286; Curette für die Zungentonsille 450; Pharynxlupe 450; zur Tonsillotomie: 13, 224, 225, 300, 319; ein neuer Tonsillarhaken 225.
— für den Kehlkopf: zur äusseren Massage 102; Kehltonschreiber 444; Stroboscop 444; Epiglottotom 450; Doppellöffel 4; Zange 229, 319, 394, 450; Curette 102; ein neues Instrument zur Bronchoskopie 381.
— für die Tracheotomie: 383, T-Canülen 436.
— für den Oesophagus: biegsame, für X-Strahlen undurchlässige Sonde 325.
Inhalation, gegenwärtige Anwendungsform der — 170; ein neuer Apparat zur — 354, 361.
Intubation bei Larynxdiphtherie s. Croup; Wirkung der — bei erschwertem Decanulement 60; Stenosen nach — 146, 392; Technik der — 146, Retention des — Rohrs 147, 308; Ernährung der Säuglinge nach — 307; Technik der — 382.

K.

Kauact 135; Einfluss des — auf die Schläfenmuskeln 135.
Kaumuskeln, Beziehung der — zum Unterkiefer 50.
Kehlkopf s. Larynx.
Kehlkopfpfeifen s. Cornage.
Keilbeinhöhle, Fungositäten in der — 75; Kugel in der — 334.
— Carcinom der — 50, 334, 397.
— Empyem der — 27, 38, 49, 116, 197, 218; Augencomplication bei — 278, 314, 334; Encephalitis infolge — 218.
— Sarkom der 219.
Keuchhusten, Einfluss der Revaccination auf — 427; Spasmus glottidis bei — 19.
— Behandlung der — mit Antitussin 20, mit Napocresolene 466, mit Serum 19, mit Tracheotomie 428.
Kiefer s. Oberkiefer, Unterkiefer.
Kieferbögen, Juxtaposition der — 261.

L.

Lagorrhinos, Fall von — 172.
Laryngeus superior, Lähmung des — 187.
Laryngectomie wegen Kehlkopfkrebs s. Carcinom des Larynx, — wegen Sarkom 76, — wegen lymphoiden Tumors 143.
Laryngismus stridulus 58; — und adenoide Vegetationen 58, 134; s. a. Spasmus glottidis und Stridor laryngis.
Laryngitis der Sänger 57.
— acuta submucosa 57.
— chronica 56, 57.
— subglottica 57.
Laryngocele, Fall von — 142, 392.
Laryngofissur s. Laryngotomie.
Laryngologie, Studium der — 2, 3; Verbreitung der — 209; Antheil der Polen an der — 244; Verbreitung der — in Belgien 275; Unterricht der — in den Niederlanden 317, Antheil der Ungarn an der — 359.
Laryngoskopie, die Kunst der — 447; Erfindung der — 2, 167, 205. 234, 243, 279, 321, 348; directe — 167; bei Papillomoperation 304; die — bei hyperästhetischen Personen 210.
Laryngotomie wegen Larynxcarcinom s. Larynx; — wegen postdiphtherischer Stenose 144; — bei Papillomen 114, 143, 469; — wegen chroni-

scher Hyperplasie 340; — bei Larynxtuberculose 31, 100; — wegen subglottischer Stenose nach Trauma 399.

Larynx, congenitale Diaphragmabildung im — 184, 185, 427; der — beim Affen 377; — Lymphgefässe des — 387; Muskeln des — beim Affen 15, 90, 239; Drüsen des 184; — Nervenendigungen in den Muskeln des — 15; Nerven des 184, 186; Epithelvertheilung im — 107; Pulsation des 339; Verlagerung des — 343; Schiefstand und abnorme Beweglichkeit des — 154; Betheiligung des Sympathicus an der Innervation des — 102; Modell des — 148; phlegmonöse Entzündung des — 119, 227; Erysipel des — 228; Contusion des — 141; Fractur des — 200; Localisation der Tumoren im vorderen Theil des — 142, 229; Complicationen seitens des — bei Typhus 75, 227; Störungen seitens des — bei Syringomyelie 264; Cyste des — 315; tropische Ulceration des — 324; Keratose des 340; chronische Hyperplasie — 340; Schussverletzung des — 391; ein neuer Reflex des — 427; Reflexneurose des — 467.

— Abscess des — 20, 399.

— Actinomycose des — 340, 431.

— Angiom des — 163.

— Anthrax des — 340.

— Carcinom des — 33, 34, 35, 36, 38, 70, 105, 121, 143, 144, 156, 159, 162, 304, 305, 306, 307, 314, 398, 410, 469; Endolaryngealbehandlung bei — 304; Exstirpation wegen — 36, 144, 159, 304, 305, 306, 307, 398, 410, 469, 470; Laryngotomie wegen — 36, 121, 306, 314, 469; Pharyngotomia subhyoidea bei — 38.

— Cyste des — 449.

— Fibrom des — 158, 468, beim Kinde 114, von aussen entfernt 36.

— Fremdkörper des 60, 188, 189, 315, 348, 378, 379.

— Hämatom des — 304.

— Lepra des 439.

— Lipom des 320.

— Lupus des 37, 71, 162, 353, 355, 444.

— Lymphtumor des — 143.

— Oedem des — 119, 168, 227 341.

Larynx, Papillome des — 32, 33, 34, 110, 113, 143, 159, 230, 303, 304, 352, 398, 468, 469; bei Syphilis 126, interne Behandlung der — 143.

— Sarkom des — 76, 234, 307, melanotisches 124.

— Sclerom des — 201, s. a. Rhinosclerom.

— Stenose des — 111, 144, 145, 355, 399, infolge acuter Laryngitis 57, infolge Tuberculose 31, infolge Lupus 71, infolge Syphilis 78, 353, bei Diphtherie 144, mit Recurrenslähmung 398, — nach Trauma 444, die — nach Intubation 146, 392, nach subglottischem Abscess 399.

— Syphilis des — 70, 76, 125, 126, 228, 229, 353, — und Tabes 228, und Tracheotomie 228.

— Trauma des — 141, 200, 350, 391, 398, 439, 444.

— Tuberculose des 31, 97, 98, 99, 100, 104, 112, 194, 264, 265, 269, 352, 430, geheilte 38; Beziehung der — zur Lungentuberculose 112; die — in der Landpraxis 430; die — im Kindesalter 430; — und Schwangerschaft 31, 35, 234, 341; Behandlung der mit Leberthran 70; — mit Adrenalin 97, 265; — mit intralaryngealer Tuberculinpinselung 97; — mit endolaryngealer Chirurgie 196, 265; — mit Fluorsilber 430; — mit Heliotherapie 265, 342, — mittels Tracheotomie 99; — mit Galvanokaustik 430; — mittels Laryngotomie 100; mit Totalobstipation 475; Ruhe als Factor bei — 112, 265.

Larynxkrisen, tabische 17, 100; Behandlnng der — mit Santonin 72.

Lepra der oberen Luftwege 40, 439.

Leukämie, Veränderungen an Mund und Rachen bei — 441.

Leukoplakie 200, 462.

Lichen ruber der Schleimhaut 78, 234, 323, 449.

Lippen, Zotten der — beim Neugeborenen 9, 254; Schanker der — 180; Lähmung der — 187; Carcinom der — 461.

Luftwege, obere, Epithelveränderungen in den — 39; der Lymphgefässapparat der — 387; vergleichende Anatomie und Embryologie der — 412; als Eingangspforte — 54, 77, 246, 296, 321, 322; die

Neurosen der — 123; — Mykose der — 211, 247; Myasthenie in Beziehung zu krankhaften Zuständen der — 413; multiple Teleangiectasieen auf der Schleimhaut der — 414; Wirkung des Alkohol auf — 448; directe Untersuchungsmethoden der 167, 450.
Luftwege, obere, Actinomycose der — 248.
— Blutung der — 40; nach Operationen 168.
— Fremdkörper der — 60, 156, 168.
— Krankheiten der — 82, 106, 123, 269, 323, 360; disponirende Ursachen der — 245, und gerichtliche Medicin 39, — und Reflexepilepsie 124, 248; Reflexneurose der — 467; Rolle der Lymphgefässe bei — 168; vasomotorische Parese bei — 246; Kopfschmerzen bei — 247; Bier'sche Stauung bei — 354, 360; pneumatische Therapie bei — 3; Aspirationstherapie bei — 40; Behandlung mit Kohlensäure bei — 128, 131; Balneotherapie der — 360; Radiumtherapie bei — 3; Röntgenbehandlung bei 3; Formalin bei — 40; Natriumperborat bei — 41.
— Lepra der — 40.
— Lupus der — 78, 323; — pernio 476.
— Mykose der — 211, 247.
— Oedem, angioneurotisches der — 82, 124, 168.
— Pemphigus der — 168.
— Sarkom der 82, 124, 257.
— Syphilis der 126, 127, 269; ungewöhnliche Fälle von — 124, 450; Bronchoskopie bei — 229.
Lungentuberculose, Behandlung der — durch Trachealinjection 60, 61.
— Beziehung der — zur Larynxtuberculose 112, 265, 269; Entstehung der — in Nase und Rachen 412, 413.
Lupus der Mundrachenhöhle 54, — der oberen Luftwege 78, 112.
Lymphadenitis colli 284.
Lymphadenom 33.
Lymphgefässapparat, der — des Kopfes und Halses 387.

M.

Mediastinum, Tumor des — mit Trachealcompression 278.
Meningitis, nach Stirnhöhlenoperation 71; — nach Siebbeineiterung 363; seröse — nasalen Ursprungs 363.
Meningitis cerebrospinalis, Rachenerkrankung bei — 54, 77, 321, 322, 363, 364; Verhütung der — 167; — complicirt durch Croup 114.
Mucocele, Fall von — 175, 271, 331.
Mundathmung 200, 448; Einfluss der — auf Gesicht und Gaumen 50; — bei adenoiden Vegetationen 134; Behandlung der mit Gaumendehnung 356.
Mundhöhle, Geschmacksorgane in der — 136; Affectionen der — 10, 178, behandelt mit Sauerstoff 127; congenitale Missbildung der — 460; Bacteriologie der — 179; diabetische Symptome der 179; gangränöse Entzündung der 9, 53, 179; Sepsis der 180; Lichen ruber der — 234; Syphilis der — 269; Sarkom der — 337; Carcinom der — 148, 180, 337; Tuberculose der — 347; Haemangiom der — 421.
Muschel, Knochenblase der mittleren — 175, 176, 452; Fibrosarkom der 238, 293; der erectile Apparat am hintern Ende der untern — 452; Function der untern — 176, 316; Polyp der untern — 290.
— Hyperplasie der — 176, 177, elastische Fasern bei 451.
Mykose, die — der oberen Luftwege 211, 247, 323, s. a. Actinomycose.

N.

Nasale Reflexneurosen 174, 175, 248; Photophobie als — 286; — und Cauterisation der Nasenschleimhaut 286.
Nase, die — in der Literatur 286; Entwicklung der — 85, 451; Lymphgefässe der — 85, 387; Drüsen der — 85; — und Geschlechtsorgan 174, 362; Adenopathien bei Erkrankung in der — 72; intraepitheliale Drüsen und Cysten 451; Obliteration der — nach Diphtherie 154; die — bei Cerebrospinalmeningitis 321, 322; tropische Ulceration der — 324; Erysipel von der — her 363; Meningo-Encephalitis serosa von der — aus 363; Meningokokken in der — 363, 364;

Zahn in der — 448; maligne Erkrankungen der — 75, 119, 236, 238, 292, 409; Synechien in der — 88; Vaccination der — 120; Tamponade der — 459.

Nase, Adenom der — 291.
— Cancroid der äusseren — 172.
— Chondrom der — 291, 439.
— Carcinom der — 292.
— Endotheliom der — 292.
— Fibromyom der — 272.
— Fremdkörper 239, 356.
— Fractur der — 249.
— Lupus der — 112, 252, 391.
— Neurosen s. nasale Reflexneurosen.
— Osteom der — 357.
— Sarkom der — 119, 236, 293, 337, 348, 352; melanotisches 124.
— Syphilis der — 110, 200, 252, 327, 357, 416; Wirksamkeit von Jodkali bei tertiärer — 405.
— Traumen der — 26, 239.
— Tuberculose der — 161, 352, 415.

Näseln 78.

Nasenbeine, Entwicklung der — 451; Fractur der — 234.

Nasenbluten 5, 6, 289, 290; das — bei Arteriosclerose 290.

Nasendiphtherie 14; Beziehung der — zur Rhinitis fibrinosa 368.

Nasendouche, die 178.

Nasenflügel, Abscess der — 75; Schanker der — 415.

Nasengang, der häutige Antheil des mittleren — 354.

Nasenkrankheiten s. a. Nase, Nasennebenhöhlen; Behandlung der — durch Saugtherapie 128, 129; Behandlung durch Heissluft 368; Rolle der Lymphgefässe in der Pathogenie der — 168; Zusammenhang der — mit den Augen 45, 173, 238, 363; Zusammenhang der — mit den Geschlechtsorganen 174; — und Trigeminusneuralgie 175; — und Epilepsie 175.

Nasenlöcher, angeborene Atresie der — 325.

Nasenmuschel s. Muschel.

Nasennebenhöhlen s. a. Highmorshöhle, Stirnhöhle, Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle; Entwicklung der — 42, 85; Lymphgefässe der — 85; Adenopathien bei Erkrankung der — 72; Verletzungen der — 26; Anomalien der — 213; Ausräumung der — bei Ozaena 273; Syphilis der — 326, 327.

Nasennebenhöhlen, Empyem der — 27, 28, 35, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 115, 116, 117, 213, 214, 217, 272, 276, 318, 327, 328; acutes — 118, 201; Diagnose des — durch Röntgenstrahlen 43; Wandveränderungen bei — 213; Behandlung des — durch Saugtherapie 129; — und Ozaena 273, 276, 369, 370; — und Osteomyelitis 394, 408; — complicirt mit Augenkrankheiten 45, 173, 213, 238, 278, 313, 314, 326, 333, 334; Sepsis in Folge — 328.

Nasenpolypen 290, 354, 390, 419; Deformität bei — 200; Meningitis nach Entfernung von — 406.

Nasenrachenraum, angeborenes Diaphragma des — 416; Digitaluntersuchung des — 70; Operationszugang zum — 294; der — bei Cerebrospinalmeningitis 77; Streptokokken im — 294; Ulceration des — 101; maligne Neubildung des — 220, 295; — Fibrom des — 219, 220, 274, 294, 358, 397, 417.
— Lupus des — 54, 112.
— Papillom des — 114.
— Polyp s. Fibrom.
— Sarkom des — 124, 238, 337, 406.
— Sclerose des — 353.
— Syphilis des — 125, 438.
— Tuberculose des — 441.

Nasenscheidewand, die — bei Kindern 252; Schwellung an der knorpeligen — 157; — Cauterisation der — bei Reflexneurosen 286.
— Abscess der — 253, 453.
— Deviationen 132, 249, 253; Correction seitlicher — 249; submucöse Resection bei — 75, 132, 198, 199, 253, 254, 408, 453, 454, 455, 456, 457.
— Perforation der — 156, 453.
— Polyp, blutender, der — 160, 233, 313, 453, 478.
— Sarkom der — 238, 409.
— Syphilis der — 252, 415.
— Tuberculose der — 69, 354, 391, 415, 439; Resection der Scheidewand bei — 415.
— Ulceration der — 34.

Nasenverkleinerung 87, 365.

Nasenverstopfung, Gaumenveränderung bei — 41, 157; — und Mundathmung 200; — in Folge abnormer Hyperplasie der Tubenknorpel 351; Blutdruck bei — 238; Rhinoplastik bei — 250.
Nebenschilddrüsen, Pathologie der — 107; Beziehung der — zu Tetanie 64, 308; Cysten der — 190; die — bei Morbus Basedowii 191, 308.
Noma nach Masern 295.

O.

Oberkiefer, Osteomyelitis des — 394; Resection des — wegen Nasenrachenfibrom 274, 417; Actinomycose des — 181; syphilitische Nekrose des — 315; Carcinom des — 271, 396; Fractur des — 371.
Oberkieferhöhle s. Highmorshöhle.
Oesophagoskopie 24, 25, 66, 104, 114, 167, 193, 316, 385, 403.
Oesophagus, Innervation des — 471; die Drüsen des — 65; angeborene Atresie des — 433; Mikrocysten des — 233; Quecksilbersonde bei Erkrankungen des — 346; Vagusreflex im — 433; narbenbildende Wirkung von Schilddrüsenstücken bei der Naht des — 434; Chirurgie des — 22, 105; Prothese für den — 105; Geschwülste des — 472.
— Carcinom des — 24, 105, 152, 153, 268, 386, 434; — mit Röntgenstrahlen behandelt 152; operative Behandlung des — 153.
— Divertikel des — 233, 268, 385; Röntgenbilder eines — 385.
— Fremdkörper des — 24, 25, 26, 66, 67, 104, 114, 192, 193, 278, 310, 311, 314, 316, 347, 397, 473.
— Lipom des — 319.
— Myom des — 152, 268.
— Stenose des — 386, 401, 434; angeborene — 152, 386; — in Folge Spasmus 193, 194; — nach Typhus 233; — in Folge Laugenverätzung 346; Behandlung der — 401.
— Traumen des — 192, 310, 346.
— Tuberculose des — 104, 434.
Oesophagotomia externa 311, 347, 386, 402, 473.
Oesophagotomia interna 386, 402.
Ozaena 362, 369; — Aetiologie der — 404; Entstehung des Fötor bei — 369; — und Nebenhöhlenerkrankungen 369; Ausräumung der Nebenhöhlen bei — 273, 276, 370; — mit Paraffinprothese behandelt 89, 90, 370, 397; mittelst Bestrahlung 238; mit heissen Dämpfen 370.

P.

Pachydermie des Kehlkopfs 341.
Paraffinprothesen 8, 88, 89, 250, 251, 252, 365, 366, 443; Schicksal der — im Körper 404, 457; nach Stirnhöhlenoperation 333; — bei Ozaena 89, 90, 366, 370, 397; — bei Sprachfehlern 18; — bei spastischer Coryza 287; — bei angeborener Gaumensegelinsufficienz 373; Spritzen für — 8, 70, 89; Augencomplicationen infolge — 250, 251, 365.
Parathyroiddrüsen s. Nebenschilddrüsen.
Parotis, Tumor der — 360.
Parotitis 255; — nach Jodkali 76; primäre — 92; — bei Typhus 92; — nach Blinddarmexstirpation 93.
Pemphigus der oberen Luftwege 168.
Penghawar Djambi 40.
Perichondritis des Larynx bei Typhus 75; — thyreoidea bei Lues 341.
Peritonsillitis 224, 297, 299; Blutung nach Eröffnung einer — 139.
Pharyngitis 354; — fibrinosa 413, 448, 477; — granulosa 464.
Pharyngotomia infrahyoidea 55.
— seitliche 38.
— subhyoidea 38.
— suprahyoidea 463.
Pharyngomycosis 180, 422.
Pharynx, die Drüsen des — 65; angeborenes Diaphragma des — 11; Narbendiaphragma 37; Fistel des — 460; Lähmung des — 158, 263; Divertikel des — 160, 254; Infiltration des — 164; Oedem des — 335; Keratose des — 464; gangränöse Entzündung des — 9, 53, 179; Erysipel des — 463; Sepsis des — 462; Gicht des — 335; tropische Ulceration des — 324; die vom — auslösbaren Reflexe 335; paradoxe Schmerzlocalisation im — 325; sklerotische Hyperplasie des — 353; Hyperästhesie des — 407; Plastik des — 463; eigenthümliche Affection des — 464.

Pharynx, — Aneurysma des — 421.
— Carcinom des — 35, 154, 320.
— Fibrom des — 110.
— Fremdkörper des — 337.
— Lipom des — 320.
— Lupus des — 37, 54.
— Lymphangiom des — 30, 201.
— Melanom des — 182.
— Papillom des — 54.
— Polyp, behaarter, des — 182.
— pseudoleukämischer Tumor des — 30.
— Sarkom des — 82, 307; melanotisches — 124, 257.
— Stenose des — 53, 154; — infolge Syphilis 78; — nach Verätzung 144.
— Syphilis des — 37, 54, 73, 125, 269, 336, 441.
— Tuberculose des — 54.
Phonasthenie 105.
Pollantin s. Heufieber.
Posticuslähmungen 16, 235, 313; rechtsseitige — mit Gaumen- und Pharynxlähmung 158; die Stimme bei — 428; die — im frühen Kindesalter 428.
Produzione sottolinguale 181, 295.
Pseudodiphtheriebacillen, Verbreitung der — 426.
Pseudoleukämischer Tumor des Pharynx 30; — am Zungengrund 440.

R.

Rachenmandel, Pathologie der — 6; Lymphdrainage der — 417; Beschaffenheit der — bei Cerebrospinalmeningitis 77, 321, 322; Blutung, periodische, der — 133.
— Angina der — 133.
— Cyste der — 418.
— Hyperplasie der — s. adenoide Wucherungen.
— Tuberculose der — 133, 418.
Rachenring, lymphatischer, Entzündungen des — 7; der — als Eingangspforte für Meningitis 77, 321, 322; Allgemeininfection durch den — 246, 296.
Radium, therapeutische Anwendung des — 3; bei Rhinosklerom 86.
Recurrens, Bau des — beim Kaninchen 262; Leitung des — 16; Stand der Frage vom — 234, 348, 349; die centripetale Leitung des — 428.
Recurrenslähmung 100, 187, 200, 234, 429, 439; rechtsseitige — 101, 156, 263; prämontorische Zeichen der — 188; anatomische Untersuchungen bei — 16, 70, 71; — bei Bleivergiftung 100; — bei Tabes 156, 263, 428; — bei Mitralstenose 163, 262; — nach Thyreodectomie 396; — mit Lippen- und Zungenlähmung 187; — mit Schulter- und Gaumenlähmung 263; — mit Gaumenlähmung 350; — infolge Aneurysma 37; Pneumothorax bei — 429.
Reflexneurosen, s. nasale Reflexneurosen und Luftwege, obere.
Retropharyngealabscess 219, 293, 417, 439; — nach Diphtherie 183, 236; Tracheotomie infolge — 342.
Rheumatismus, von den Tonsillen aus 138, 223, 296.
Rhinitis, s. auch Coryza, die — der Säuglinge 368.
— acuta 367.
— atrophicans 354; mit Aceton behandelt 5; mit oro-nasaler Canüle behandelt 90.
— caseosa 5, 155.
— chronische 5, 368.
— fibrinosa 368, 408, 413, 444.
Rhinolith 314, 352.
Rhinologie, die — und Schulhygiene 69.
Rhinoplastik 86, 87, 88, 248, 249, 250, 272, 365.
Rhinophantom 178, 390.
Rhinophym 172.
Rhinorrhoea cerebrospinalis 38.
Rhinosklerom, Fälle von — 85, 86, 201, 291, 315, 323, 439, 449; das — in der Schweiz 430; Histologie des — 449; Röntgenbehandlung bei — 30, 86; Radiumbehandlung bei — 86.
Rhinoskopia media 30.
Röntgenstrahlen, therapeutische Anwendung bei Erkrankungen der oberen Luftwege 3, 30, 86, 172, 210, 238, 299, 309, 323; diagnostische Anwendung der — 24, 43, 320, 343, 346, 385.
Rosenmüller'sche Gruben, Erkrankung der — als Ursache von Foetor ex ore 133.
Rückenmark, Affection des — und Veränderungen in Mund und Hals 35; s. a. Tabes, Larynxkrisen.

S.

Sänger, Erkrankungen der — 57; Stimmschwäche der — 105, 185.

Sängerknötchen, Pathologie der — 142, 467.

Sanoform in der Rhinologie 155.

Sattelnase s. Rhinoplastik, Paraffinprothesen.

Saugtherapie 367; — bei Erkrankungen der oberen Luftwege 40; — bei Naseneiterung der Kinder 128; — bei Nebenhöhlenerkrankungen 129; — bei Tonsillarentzündungen 137.

Schilddrüse s. a. Struma; Einwirkung der — auf Entwicklung 64; Einfluss der Diät auf die Structur der — 64; die — bei Cretins 22; Physiologie der — 102, 231, 266; Pigment in der — 103, 384; Beziehung zwischen — und Pankreas 148; antitoxische Kraft der — 148; experimentelle venöse Stauung in der — 189; Verhalten der — bei Infektionen 190; Ectopie der — 231; Propfungen der — 21; Schwellung der — nach Jodkali 103; accessorische — 190; Erkrankungen der — 431.

— Adenocarcinom der — 59.

— Adenom der — 345, 359.

— Blutcysten der — 64.

— Teratom der — 432.

Schluckact, Untersuchung des — 437; Centrum des — 447.

Schluckreflex 471.

Sclerom s. Rhinosclerom.

Septum s. Nasenscheidewand.

Siebbein, Neubildung des — 110, 218, 272; specifische Erkrankung des — und Heufieber 130; Mucocele des — 175, 271; Osteomyelitis des — 394.

— Carcinom des — 49, 396, 409.

— Osteom des — 270, 318.

Siebbeinempyem 27, 28, 38, 49, 116, 218, 313, 332, 333, 334, 395; Meningitis bei — 317, 363; retrobulbäre Neuritis bei — 313, 314; letaler Fall von — 49; Augenlähmung bei — 333.

Sinus pyriformis, Fremdkörper im — 188, 378.

Soor bei Erwachsenen 179.

Spasmus glottidis 57, 58; — bei Keuchhusten 19; — und Tetanie 58.

Speicheldrüse, die — bei Chermes 255; Geschwülste der — 255; lymphomatöse Hyperplasie der — 407; s. a. Parotis.

Speichelfluss als Symptom von Oesophaguskrebs 152.

Speiseröhre s. Oesophagus.

Sprache, Bedeutung von Nase und Rachen für die — 17, 466; — Halsleiden in Folge professionellen Gebrauchs der — 246; die — bei Gaumenspalte 257; Tonhöhe der — 260, 435; gesundheitsgemässer Gebrauch der — 311; Photographieren von Lauten der — 318; Hygiene der — 386.

Sprachstörungen s. a. Stottern 386; hysterische — 76; — nach Apoplexie 185; — bei Facialislähmung 187; — in Folge Juxtapposition der Kieferbögen 261; — corrigirt durch Paraffininjectionen 18.

Stauungshyperämie bei Erkrankungen der oberen Luftwege 354, 360.

Stimmbänder s. a. Larynx; Drüsen der — 184; perverse Action der — 163, 186; Verwachsung der — nach Diphtherie 111; congenitales Diaphragma der — 184, 185; Blutgefässectasien auf den — 279; Cyste der — 303.

— Tumor der — 34.

Stimmbandlähmung s. Recurrenslähmung, Posticuslähmung.

Stimme, Bildung und Pflege der — 311; functionelle Schwäche der — 105, 185, 466; Tonhöhe der — beim Sprechen 260; Intensitätsmessung der — 319.

Stirnbein, Osteomyelitis des — 161; Mucocele des — 271.

Stirnhöhle, Anatomie der — 330; ungewöhnliche Entwicklung der — 217; vollständiges Fehlen der — 315, 316; Syphilis der — 326.

— Lymphosarkom der — 200, 217.

— Mucocele der — 271, 331.

— Osteom der — 48.

Stirnhöhlenempyem 46, 47, 48, 70, 113, 115, 154, 159, 161, 201, 239, 276, 331, 333, 440; Gehirncomplicationen bei — 116, 154; — auf luetischer Basis 201; Differentialdiagnose zwischen — und Supra-

orbitalneuralgie 217; Geruchsfunction bei — 239; intranasale Drainage bei — 113, 442.
Stirnhöhehlenempyem, Operation des — 35, 46, 47, 48, 74, 115, 159, 276, 316; Meningitis nach — 71, 74; Hirnabscess nach — 217; Exitus nach — 74, 331.
Stomatitis mit Befund von Spirochäten 223; — aphthosa 295.
Stottern 386; epileptisches — 18; merkwürdige Form von — 261.
Stovain 41.
Stridor laryngis congenitus 302, 303.
Stroboskop, neues — für den Larynx 444.
Struma 65, 149, 266, 431; Röntgenaufnahme bei — 344; Tracheoskopie bei — 149; — und Katarrh 190; accessorische — 375; Behandlung der — mit Jod und Kampher 266, 267; Exstirpation der Schilddrüse bei — s. Strumectomie.
Strumectomie 152, 266, 267; Complicationen nach — 151.
Strumitis 232.
Sympathicus, Betheiligung des — an der Larynxinnervation 102, 428, 440.
Syringomyelie, Kehlkopfstörungen bei — 264.

T.

Tabes, Larynxkrisen bei 17, 100, 263.
— und Larynxsyphilis 228, Peritonsillitis bei — 299.
— mit Trachealstenose 343, Stimmbandlähmung bei 428, Gaumensegellähmung bei — 428.
Taubstummheit 19; Pathologie der — 69.
Thymus, Entwicklung der — 211; Wirkung des Extracts der 284; cadaveröse Veränderungen an der — — 83; Histiogenese der — 83; Beziehungen der — zum Stoffwechsel 84; die — beim Kinde 84; die — der Vögel 285; — persistirende versprengte — 285; Tod infolge Vergrösserung der — 285, 303.
Thyreoidea s. Schilddrüse, Struma.
Thyreodectomie, Wirkung der — auf die langen Röhrenknochen 432; Recurrenserscheinungen nach — 396; Zufälle bei — 432; s. a. Struma, Basedow'sche Krankheit.
Thyreoiditis, acute 344.
Tonansatz 465.
Tonhöhe, die — der Vocale 260.
Tonsille 422; Lymphdrainage der — 93, 296; Bakteriologie der — 94, 297; Allgemeininfectionen durch die — 296, 321; accessorische — 11; Verknöcherung der — 220, 424; Pfröpfe der — 11; Steinbildung in der — 12, 221, 319; Staphylokokkeninfection der — 138; Spontanblutung aus der — 223; Massage der — 13, chronischer Abscess der — 110; Syphilis der — 12, 299, 439, 441; Ulceration der — 33; Degenerationszeichen in der — 94; Gangrän der — 112; Saugtherapie bei Erkrankungen der — 137.
— Aktinomykose der — 12.
— Angiofibrom der — 11.
— Carcinom der — 224, 299.
— Fibrolipom der — 423.
— Haemangiom der — 355.
— Hyperplasie der — 11, 94, 222, 298, als Ausdruck allgemeinen Lymphatismus 221, — und Nephritis 423; Operation der — 12, 94, 222, 424.
— s. a. Tonsillotomie, Morcellement der — 73, 222, Enucleation der — 300.
— Sarkom der 299.
— Tuberculose der — 347.
Tonsillitis s. a. Angina.
— Behandlung der chronischen — 71, 224.
Tonsillotomie 12, 94, 119.
— Blutung nach — 13, 223, 300, 425.
Trachea, Untersuchung der — 149, 343; Pulsation der — 339; Atresie der 342; Verlagerung der — 343; Injection in die — 60, 61.
— Abscess der — 183.
— Blutung der — 58.
— Papillom der — 59.
— Sarkom der — 315.
— Stenose der — 111, 145, 314, 320, 342, 344, 355; infolge Borkenbildung 37, nach Trauma 59, infolge Neubildung 59, bei Strumen 150, infolge Lues 158, infolge Mediastinaltumor 278, infolge Retropharyngealabscess 342.
— Syphilis der — 125, 342.
— Tuberculose der — 265, 441.
Tracheoskopie 61, 167, 230, 356, 441; Anwendung der — bei Strumen 149.

Tracheotomie 59, 147, 148, 382, 383, bei Larynxtuberculose 99, wegen Fremdkörper 379, 400, bei Papillomen 113, bei Syphilis 228, bei Nasenrachentumor 294, erschwertes Decanulement nach — 382, 383; secundäre nach Intubation 146, 392.
Tubage, parorale 294, 438.
Tuben, Behinderung der Nasenathmung infolge Hyperplasie der — 351.
Typhus, Kehlkopfcomplication bei — 75, 227; Oesophagusstrictur nach — 233.

U.

Unterkiefer, Entwicklung des — 50; Fractur des — 371, 372; Zahncyste der — 371; Nekrose der — 372; Anchylose des — 372.
Uranoplastik s. Gaumennaht.
Uvula, Innervationsstörungen der — 10, Carcinom der — 154, 337; Hämatom der — 464.

V.

Vaccination der Nase 120.
Vagus, vom — ausgehender Reflex im Oesophagus 433; Fleisch der — 463.
Ventriculus Morgagni, Prolaps des — 141, 142; Laryngocele im — 391.

W.

Wange, Schleimhaut der — beim Neugeborenen 9; Tumor der — 180.
Wasserstoffsuperoxyd in der Rhinolaryngologie 41.

X.

Xerostom 54.

Z.

Zahncyste 10.
Zahnfleisch, Sklerose des — 315; primäre Tuberculose des — 78.
Zähne, Schiefstand der — 157; Folgezustand nach Durchbruch der — 461.
Zunge, s. a. Zungenbasis, Zungentonsille, Glossitis; Nervenendigungen in der — 90; Veränderung der — bei Herzinsufficienz 374; Lähmung der — 10, 101, 187, 226; abnorme Beweglichkeit der — 91; Geschwüre der — 91; epidemische Desquamation der — 374; Fall von „schwarzer" — 374; „scrotal tongue" 362.
— Angiom der — 258, 355.
— Carcinom der — 91.
— Fibroangiom der — 258.
— Fibrom, angeborenes, der — 374.
— Leucoplakie der — 200.
— Lichen ruber planus der — 78, 234, 323.
— Lymphangiom der — 91.
— Psoriasis der — 70.
— Struma der — 375.
— Syphilis der — 34, 124.
— Tuberculose der — 374.
Zungenbasis, Tumor der — 156, 351; glatte Atrophie der — 259, 375; Sepsis der — 227; pseudoleukämische Veränderungen an der — 440.
— Carcinom der — 38.
Zungentonsille, die — 91.
— Endotheliom der — 258.
— Gummi der — 72.
— Hyperplasie der — 162.
— Phlegmone der — 73.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.





